

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik
der Freien Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. H. Selbach
Psychotherapeutische Abteilung
Leiter: Prof. Dr. med. Horst-Ulfert Ziolkowski

Klinische Neurosen bei Nichtstudenten im Alter von 19 bis 29 Jahren

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Burkhardt, Christiane geb. Kiesel

Mehlsack/Ostpr.

1972



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548809_0048

Aus der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik
der Freien Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. H. Selbach
Psychotherapeutische Abteilung
Leiter: Prof. Dr. med. Horst-Ulfert Ziolkowski

Klinische Neurosen bei Nichtstudenten im Alter von 19 bis 29 Jahren

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Burkhardt, Christiane geb. Kiesel

Mehlsack/Ostpr.

Referent: Professor Dr. med. Horst-Ulfert ZIOLKO
Korreferent: Professor Dr. med. Annemarie DÜHRSEN



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 1. Nov. 1972

Burkhardt, Christiane geb. Kiesel

Mehlsack/Ostpr.

KLINISCHE NEUROSEN BEI NICHTSTUDENTEN IM ALTER VON
19 bis 29 JAHREN

	<u>Seite</u>
I. Einleitung	5
II. Zu den Untersuchungen	7
III. Untersuchungen	9
1. Soziales	9
11. Geschlecht	9
12. Familienstand	9
13. Familie	13
131. Soziale Herkunft	13
132. Familienstruktur	15
133. Geschwisterkonstellation	18
2. Ausbildung und Beruf	21
21. Tätigkeit vor der stationären Aufnahme	21
22. Schulausbildung	22
23. Berufsausbildung	23
24. Beruf	23
241. Angestellte	25
242. Selbständige	27
243. Verheiratete weibliche Patienten und Berufstätigkeit	27
3. Kindliche Verhaltensstörungen und Neurosen	29
4. Lern- und Arbeitsstörungen	31
41. Häufigkeit der Lern- und Arbeits- störungen	31
42. Art der Lern- und Arbeitsstörungen	32
421. Störungen während der Schulzeit und Lehre	32
422. Störungen bei Berufstätigen und Hausfrauen	34

	<u>Seite</u>
423. Weitere Arten der Lern- und Arbeitsstörungen	35
424. Zusammenfassung	37
43. Auswirkungen der Lern- und Arbeits- störungen in Schule, Beruf und im Haushalt	37
44. Arbeitsstörungen und Störungen der Sexualität	42
5. Weitere Symptomatik	47
51. Häufigkeit der Beschwerden bei männ- lichen und weiblichen Patienten	49
6. Suicidversuche	51
IV. Diskussion	56
V. Zusammenfassung	64
VI. Literaturverzeichnis	71
VII. Anhang	74

I. EINLEITUNG

Über neurotische Störungen, insbesondere über neurotische Lern- und Arbeitsstörungen bei Studenten, ist schon häufig berichtet worden. Die Diskussion wurde nicht zuletzt durch steigende Semesterzahlen und durch die Reaktion der Studenten auf so fragwürdige Maßnahmen wie Studienzeitbegrenzung und numerus clausus angetrieben. Jetzt wollte man herausfinden, wo die Ursachen der steigenden Semesterzahlen lagen. Von einigen Autoren wurden sie allein in autoritären und anti-quieten Universitätsordnungen gesehen, andere waren der Überzeugung, daß "chronische Faulheit der Studenten" die Ursache allen Übels war.

Wenn man den Erzählungen aus der "guten alten Zeit" Glauben schenken darf, dann hat es auch früher "Faulenzer" unter den Studenten gegeben. Aber jetzt war die Studienzeitverlängerung innerhalb der "Massenuniversität" zum Problem geworden. Sicherlich haben viele Faktoren das Anwachsen der allgemeinen Unzufriedenheit an den Universitäten und gleichzeitig auch das der Semesterzahlen verursacht: z.B. steigende Studentenzahlen und die damit verbundene Überfüllung der Veranstaltung sowie die Desorientiertheit der Studenten über den Studien-gang. Weiterhin stand die Überalterung der Studienordnungen, die für kleinere Gruppen von Lernenden gedacht waren, in engem Zusammenhang damit.

Gleichzeitig wurden aber bei Studenten Störungen beobachtet, die über die allgemeine Unzufriedenheit weit hinausgingen - nämlich Lern- und Arbeitsstörungen, Prüfungsangst, Suicid-versuche u.a.m. - aber dennoch nicht gesondert von diesen allgemeinen Unruhen betrachtet. Von seiten der Psycho-therapeuten ist wiederholt darauf hingewiesen worden, daß z.B. die Lern- und Arbeitsstörungen und die Prüfungsangst, die ebenfalls die Studienzeit verlängern können, häufig ein Symptom einer neurotischen Erkrankung darstellen.

Im Frühjahr 1969 hat sich beispielsweise in Berlin ein Symposium allein mit den psychischen Störungen der Studenten

befaßt. Studenten wurden - herausgehoben aus ihrer Altersgruppe - untersucht und ihre Störungen, insbesondere die Lern- und Arbeitsstörungen als speziell studentische aufgefaßt. Dort wurde auch erneut auf die Häufigkeit und Art dieser Störungen hingewiesen.

Sind diese Symptome aber speziell studentische Symptome, die außer den soziologischen Merkmalen die gesonderte Betrachtung studentischer Neurosen ohne Berücksichtigung der neurotischen Erkrankungen gleichaltriger Nichtstudenten rechtfertigen können? Es stellt sich die Frage, ob Störungen dieser Art bei Nichtstudenten entsprechenden Alters überhaupt auftreten und wenn ja, ob sich die psychodynamischen Aspekte, die Äußerung der Symptome und die Folgen der Erkrankung von denen der Studenten unterscheiden.

Da Nichtstudenten im allgemeinen ihre Ausbildung bis zum 18. oder 19. Lebensjahr abgeschlossen haben, unterscheiden sich die hier untersuchten Patienten von neurotischen Studenten z.B. darin, daß sie finanziell unabhängig sind und die Situation des Lernenmüssens in der Mehrzahl der Fälle nicht mehr besteht. Finanzielle Abhängigkeit und die Leistungskontrollen, die ja auch eine Kontrolle der Arbeitsfähigkeit darstellen, sind aber häufig als Gründe für die Störungen bei Studenten angegeben worden.

In unserer Untersuchung von Nichtstudenten im Alter von 19 bis 29 Jahren soll versucht werden, Art und Häufigkeit neurotischer Störungen dieser Patienten und eventuelle Differenzen oder Gemeinsamkeiten zu studentischen Neurosen aufzuzeigen.

II. ZU DEN UNTERSUCHUNGEN (Methode und Anlage der Untersuchungen)

Wir haben zu unserer Untersuchung die Patienten der Jahrgänge 1964 und 1969, die in der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin stationär behandelt wurden, herangezogen.

Kriterien für die Auswahl der Patienten waren: das Alter, die Patienten mußten während des stationären Aufenthaltes zwischen 19 und 29 Jahren alt sein, der Beruf, die Patienten durften keine Studenten sein und die Diagnose, es wurden ausschließlich neurotisch erkrankte Patienten herangezogen. Aus dem Jahrgang 1964 wurden 50 Patienten und aus dem Jahrgang 1969 94 Patienten für unsere Untersuchung herangezogen.

Der Untersuchung lagen die Anamnesen und die Verlaufsberichte der insgesamt 144 Patienten zugrunde, die während des stationären Aufenthaltes angefertigt worden waren. Zur Auswertung des Materials wurde für jeden Patienten eine Randlochkarte angelegt, auf der die für uns wichtigen sozialen Daten und die Symptome markiert wurden. Die übrigen Angaben wie Trauminhalte, Zitate der Patienten oder auch Beschreibungen der familiären Situation u.a.m. wurden in den ungelochten inneren Teil der Karte eingetragen.

Dadurch konnte u.a. eine Patientengruppe mit einem gemeinsamen Merkmal, wie Alter oder Kopfschmerzen, daraufhin untersucht werden, wie sie sich zur Gesamtpatientenzahl bezüglich anderer erfaßter Merkmale verhält. Die auf dem Inneren der Karten aufgezeichneten Angaben wurden vornehmlich für die Untersuchung psychodynamischer Vorgänge herangezogen. Im Kapitel III sind die Ergebnisse unserer Untersuchung zusammengefaßt. Neben Geschlecht, Familienstand, Familie, Ausbildung und Beruf wurden die kindlichen Verhaltensstörungen und Neurosen und die Symptomatik unserer Patienten untersucht. Dabei wurden insbesondere die neurotischen Lern- und Arbeitsstörungen, aber auch die Suicidversuche herausgehoben aus der übrigen Symptomatik betrachtet.

Es folgt in Kap. IV die Diskussion unserer Ergebnisse und Schlußfolgerungen mit denen anderer Autoren.

Im Kapitel V wurden alle Ergebnisse der Untersuchung noch einmal zusammengefaßt dargestellt. Zur besseren Übersicht haben wir die tabellarisch erfaßten Untersuchungsergebnisse im Anhang noch einmal graphisch dargestellt.

III. 1. S o c i a l i e s

11. Geschlecht

In der folgenden Tabelle wird der Anteil der untersuchten weiblichen und männlichen Patienten der Zusammensetzung der altersentsprechenden Westberliner Bevölkerung (23) gegenübergestellt.

	Patienten	Westberliner Bevölkerung
weiblich	61,8 %	48,5 %
männlich	<u>38,2 %</u>	<u>51,5 %</u>
	100,0 %	100,0 %

Bei unseren Untersuchungen überwiegen eindeutig die weiblichen Patienten, sie machen ca. $2/3$ aller Patienten aus. Auch im Verhältnis zum Bevölkerungsquerschnitt der 19 bis 29jährigen West-Berlins, bei dem die männlichen Patienten gering überwiegen, sind die weiblichen Patienten deutlich überrepräsentiert, 61,8 % weibliche Patienten stehen 48,5 % weiblichen Bürgern gegenüber. Die männlichen Patienten sind ebenso deutlich unterrepräsentiert: 38,2 % männlichen Patienten stehen 51,5 % männliche Bürger gegenüber.

12. Familienstand

Die folgenden Tabellen geben die Zusammensetzung unserer Patienten hinsichtlich ihres Familienstandes wieder und stellen sie dem Westberliner Bevölkerungsquerschnitt der 19-29jährigen gegenüber (23). Die männlichen und weiblichen Patienten sind in getrennten Tabellen angeführt.

	<u>weibliche Patienten</u>	<u>Westberliner Be- völkerung weiblich</u>
ledig	41,6 %	42,7 %
verheiratet	50,6 %	54,4 %
geschieden	<u>7,8 %</u>	<u>2,9 %</u>
	100,0 %	100,0 %

Der Anteil der weiblichen ledigen Patienten und der der altersentsprechenden Westberliner Bevölkerung (23) weichen kaum voneinander ab, er beträgt 41,6 % bzw. 42,7 %. Der Anteil der verheirateten Patienten ist im Verhältnis zur Berliner Bevölkerung etwas geringer, so daß 50,6 % Patienten 54,4 % weiblichen Bürgern gegenüberstehen. Die geschiedenen weiblichen Patienten sind in unserer Untersuchung überrepräsentiert: 7,8 % weiblichen Patienten stehen 2,9 % weibliche Bürger gegenüber.

	<u>männliche Patienten</u>	<u>Westberliner Be- völkerung männl.</u>
ledig	69,1 %	62,7 %
verheiratet	25,5 %	35,8 %
geschieden	<u>5,4 %</u>	<u>1,5 %</u>
	100,0 %	100,0 %

Aus dieser Tabelle wird ersichtlich, daß die Anteile der männlichen Patienten und die altersentsprechenden männlichen Bürger Westberlins (23) stärker voneinander abweichen, als das bei den weiblichen Patienten der Fall war. Die männlichen ledigen Patienten sind etwas überrepräsentiert, so daß auf die 69,1 % Patienten 62,7 % Bürger entfallen. Die männlichen verheirateten Patienten sind unterrepräsentiert: den 25,5 % Patienten stehen 35,8 % verheiratete Männer gegenüber. Bei den männlichen geschiedenen Patienten ergibt sich im Verhältnis zum Bevölkerungsquerschnitt ein ähnliches Bild wie bei den weiblichen Patienten: während 5,4 % männliche geschiedene Patienten in der Klinik untersucht wurden, gibt es nur 1,5 % geschiedene männliche Bürger

der entsprechenden Altersgruppe.

Noch einmal zusammengefaßt heißt das, daß wir im Verhältnis zum Westberliner Bevölkerungsquerschnitt in unserer Klinik weniger verheiratete männliche Patienten und mehr ledige und geschiedene männliche Patienten behandelt haben.

Das Heiratsalter unserer Patienten liegt bei durchschnittlich 21,6 Jahren; bei den weiblichen Patienten bei 21,5 Jahren und bei den männlichen Patienten bei 22,0 Jahren.

Reichlich ein Drittel (37,9 %) der verheirateten Patienten gibt an, daß seine Beschwerden erst in der Ehe auftraten, während bei allen übrigen verheirateten Patienten (62,1 %) die Beschwerden bereits vor der Ehe bestanden.

17,4 % aller Patienten haben früh geheiratet, d.h. bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres. Hier traten die Beschwerden nur bei einer Patientin erstmalig in der Ehe auf, bei allen übrigen Patienten bestanden sie bereits vorher.

Einige dieser Patienten, die in einer konfliktreichen Beziehung zu ihren Eltern standen, heirateten, um "aus dem Schlamassel herauszukommen". Von der Ehe wurde eine Lösung der Konflikte erwartet, die im Fall unserer Patienten aber ausblieb. Die Konflikte blieben entweder bestehen oder verstärkten sich sogar, weil die gestörte Persönlichkeit eine echte Partnerbindung in der Ehe nicht zuließ. Außerdem konnten wir erneut beobachten, was von FREUD (4d) bereits beschrieben wurde: Der Ehemann wird zwar nach dem Vaterbild ausgewählt, aber in der Ehe wird die alte Mutterbindung gesucht und die alten Mutter-Tochter-Konflikte wiederholen sich.

Eine jetzt 19jährige Patientin war sechs Jahre alt, als der Vater starb. Sie schildert ihn als einen ruhigen, liebenswerten Menschen. Von der Mutter wurde sie streng, aber auch verwöhnend erzogen; das Mutter-Tochter-Verhältnis war immer gespannt. In der Beziehung zu ihrem

Ehemann, den die Patientin mit ähnlichen Worten wie den Vater beschreibt, setzt sich aber das ambivalente Verhältnis zur Mutter fort. Streit, Schlägereien und überschwengliche Versöhnung wechseln regelmäßig miteinander ab. Trennungsversuche waren bisher vergeblich.

Diese Beobachtungen konnten wir zwar nicht allein bei Patientinnen machen, die früh geheiratet hatten, aber es wurde bei diesen besonders deutlich, daß sie wegen der Konflikte mit der Mutter früh geheiratet hatten, aber dann dieselben Konfliktsituationen in der Ehe wiederfanden.

Bei unserer Untersuchung sind die geschiedenen Patienten, sowohl die weiblichen als auch die männlichen, gegenüber dem Berliner Bevölkerungsquerschnitt überrepräsentiert. Bei allen diesen Patienten bestanden die Beschwerden bereits vor der Eheschließung und es wird besonders deutlich, daß die "protektive Wirkung der Ehe" (18) nicht wirksam werden konnte, weil die Patienten aufgrund ihrer eigenen gestörten Persönlichkeit zu einer echten Partnerbindung nicht fähig waren. Die Patienten kommen nicht wegen einer belastenden Scheidungssituation zur klinischen Aufnahme, sondern zum Teil erst Jahre nach der Scheidung. Jene Patienten, die ein zweites Mal verheiratet sind oder eine zweite Ehe anstreben, hatten auch in der ersten Ehe bereits Beschwerden, die sich in der neuen Partnerverbindung fortsetzen oder gar verstärken.

Eine Patientin ist in ihrer ersten Ehe mit einem brutalen Potator verheiratet, in sexuellen Beziehungen mit ihm ist sie frigide. In der zweiten Ehe mit einem ruhigen, ausgeglichenen Mann bleibt die Frigidität bestehen, andere organoneurotische Beschwerden treten hinzu, Angstzustände treten auf, die Patientin schafft

ihre Hausarbeit nicht mehr und kommt schließlich zur klinischen Aufnahme.

Ein weiteres Beispiel soll dazu erwähnt werden:

Bei einer jetzt 25jährigen Patientin verstärkten sich die Beschwerden vier Wochen vor der zweiten Heirat derart, daß sie zur klinischen Aufnahme kommt. Der zukünftige Ehemann hat selbst Angstzustände, die zeitweise zur Arbeitsunfähigkeit geführt haben.

Die früheren Konflikte sind bei dieser Patientin durch die neurotische Partnerwahl auch in der neuen Verbindung aufgetreten und haben das Beschwerdebild hervorgerufen, das zur klinischen Aufnahme führte.

13. Familie

131. Soziale Herkunft

Über die Schichtenabhängigkeit neurotischer Erkrankungen sind die verschiedensten Ergebnisse bekannt geworden; DOWNES und SIMON, CURIUS, HARNACK u.a. (zit. nach PFLANZ 18) meinen, daß sie schichtenunabhängig sind. FREEDMAN und HOLINGSHEAD, außerdem BIRKMEYER (zit. nach PFLANZ 18) vertreten die Ansicht, daß neurotische Erkrankungen in den oberen Schichten häufiger vorkommen; LEMKAU, TIETZE und COOPER haben dagegen festgestellt (zit. nach PFLANZ 18), daß sie in den unteren Schichten häufiger vorkommen.

Die folgende Tabelle stellt die soziale Herkunft unserer Patienten der Berufsverteilung der erwerbstätigen Berliner Bevölkerung ¹⁾ (23) gegenüber. Bei den Patienten werden die Berufe der Väter angegeben.

¹⁾ Da die "soziale Herkunft" im stat. Jahrbuch nicht ausgewiesen wird, kann nur mit der "Berufsverteilung" verglichen werden.

Berufe der Väter	Westberliner Bevölkerung	Patienten
Beamte und Angestellte	38,8 %	33,3 %
Selbst. und mithelfende Angehörige	10,7 %	15,3 %
Arbeiter	50,5 %	31,9 %
unbekannt	-	19,5 %
	100,0 %	100,0 %
Akademiker	2,0 %	8,3 %

Da fast ein Fünftel der Patienten den Beruf des Vaters nicht angeben konnte, weil der Vater entweder gefallen oder bei unehelich geborenen Patienten nicht bekannt war, können diese Ergebnisse nur unter Vorbehalt interpretiert werden.

Aus den Ergebnissen geht hervor, daß bei unseren Untersuchungen die Patienten aus den oberen Schichten im Vergleich zur Berliner Bevölkerung überwiegen. Das wird bei der Gruppe der Akademiker besonders deutlich, die bei unseren Patienten viermal so groß wie in der Gesamtbevölkerung ist, obwohl die von uns untersuchten Patienten bereits eine Auswahl darstellen: die Studenten, die wiederum eher aus den oberen als aus den unteren sozialen Schichten stammen, sind bei unserer Untersuchung bewußt ausgelassen. Rechneten wir diese dazu, dann würde sich der Anteil der aus den oberen Schichten stammenden Patienten weiter erhöhen.

Man darf aus diesem Ergebnis aber noch nicht schließen, daß es die These der größeren Häufigkeit neurotischer Störungen in den oberen Schichten unbedingt bestätigt.

Wir müssen weiterhin berücksichtigen, welche Störungen die Patienten zu uns führten. Dazu soll die von einigen Autoren durchgeführte Unterteilung der Symptome in sogenannte psychoneurotische - Zwänge, Angst, Arbeitsstörung ... - und sogenannte organoneurotische - Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Herzbeschwerden ... - auf unsere Patienten angewandt

werden. Wie später noch genauer ausgeführt wird, haben in erster Linie Patienten mit sogenannten psychoneurotischen Symptomen unsere psychiatrische Klinik aufgesucht. Der Anteil der sogenannten organneurotischen Störungen als Hauptsymptom ist bei unseren Untersuchungen relativ klein.

PFLANZ, HOLINGSHEAD und REDLICH (zit. nach PFLANZ, 18) haben festgestellt, daß Neurotiker der unteren sozialen Schichten eher zu organneurotischen Symptomen neigen, während psychoneurotische Störungen eher bei Patienten der oberen sozialen Schichten vorkommen. Außerdem soll die Unterschicht weniger Vertrauen zum Psychiater haben (SCHAFFER und MEYER, zit. nach PFLANZ, 18) und ihn deshalb weniger häufig aufsuchen.

Wenn wir diese Befunde noch einmal zusammen betrachten, so kann einmal die Abneigung von Angehörigen der unteren Schichten gegen eine psychiatrische Behandlung dazu geführt haben, daß Patienten aus den oberen Schichten eher unsere Klinik aufsuchen, zum anderen sind unsere Patienten in der Regel über praktizierende Ärzte und die Poliklinik zu uns gekommen, wodurch eine Auswahl speziell für die psychiatrische Klinik stattgefunden hat, die sich darin niederschlägt, daß Patienten mit psychoneurotischen Symptomen gegenüber denen mit organneurotischen als Hauptsymptom stark überwiegen. Wenn wir das oben genannte Ergebnis von PFLANZ, HOLINGSHEAD und REDLICH (18) berücksichtigen, wonach Patienten aus sozial höheren Schichten eher zu psychoneurotischen Störungen neigen, so könnte die durch die Klinik bedingte Auswahl der Patienten mit zu der Überrepräsentierung der Patienten aus den oberen sozialen Schichten beigetragen haben.

132 Familienstruktur

Im Vergleich zu anderen sozialen Kontaktgruppen kommt der Familie bei der Entwicklung des Kindes eine wesentlich größere Bedeutung zu. Nicht zuletzt dadurch, daß die Eltern die ersten libidinösen Objekte sind und Ideale verkörpern,

die die Kinder zu erreichen streben, muß sich die Struktur der Familie auf die Entwicklung des Kindes direkt auswirken.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Herkunft unserer Patienten aus kompletten, inkompletten und sogenannten gestörten Familien. Als inkomplett sollen hier Familien verstanden werden, in denen vor dem 15. Lebensjahr unserer Patienten durch Tod eines Elternteiles, durch Scheidung oder Trennung die normale Vater-Mutter-Kind-Konstellation aufgehoben wurde. Außerdem wurden in diese Gruppe der aus inkompletten Familien stammenden Patienten alle unehelich geborenen Patienten mit einbezogen.

	<u>Patienten insgesamt</u>
komplett	54,2 %
inkomplett	36,1 %
Heime	<u>9,7 %</u>
	100,0 %

Aus dieser Tabelle geht hervor, daß 54,2 % aller Patienten in kompletten Familien aufgewachsen sind. 36,1 % sind in inkompletten Familien und 9,7 % der Patienten in Heimen aufgewachsen.

Zu den gestörten Familien wurden diejenigen gerechnet, in denen Mitglieder Potatoren waren, Narkotika- oder ähnlichen Abusus trieben oder Familien, in denen ständige, mitunter auch tätliche Auseinandersetzungen das Familienleben beeinflussten.

	<u>gestörte Patienten</u>
komplett	9,5 %
inkomplett	11,0 %
Heime	<u>-</u>
	20,5 %

In gestörten Familien sind insgesamt 20,5 % der Patienten aufgewachsen, wobei der Anteil der Patienten aus inkompletten und kompletten Familien fast gleich groß ist, er beträgt 11,0 % bzw. 9,5 %.

Wenn man den Anteil der in gestörten Familien und in Heimen aufgewachsenen Patienten zusammenfaßt, so wird deutlich, daß fast ein Drittel der Patienten in einer Umwelt aufgewachsen ist, deren schädigender Einfluß auf die kindliche Entwicklung verständlich ist. Allerdings ist auch etwa die Hälfte aller Patienten in kompletten, nicht gestörten Familien aufgewachsen und dennoch erkrankt.

Innerfamiliäre Konflikte können aber psychodynamisch wirksam sein, ohne nach außen sichtbar oder für den Patienten selbst als grobe Störung des Familienlebens erkennbar zu sein. Eine Frau, die mit ihren Ordnungs- und Sauberkeitszwängen die Familie tyrannisiert, erscheint als treusorgende Hausfrau und Mutter; ein Vater, der mit Herzanfällen auf die verspätete Heimkehr der Kinder reagiert, gilt als besonders liebevoll und besorgt. In anderen Fällen sind es "strebende" Eltern, die ihre Erziehungsmethoden nach einem Leistungsprinzip aufgebaut haben, in dem Strafe und Belohnung das Bild der Erziehung bestimmen. Diese Eltern wollen, daß aus ihren Kindern "etwas wird", weil durch sie die eigenen verpaßten Möglichkeiten verwirklicht werden sollen. Auch die verwöhnend unselbständige Erziehung mancher Eltern, oft aus der unbewußten Angst vor dem Erwachsenwerden der Kinder, wird von der Umwelt häufig als besonders aufopfernd empfunden.

Derart grobe Kriterien wie das "broken home" müssen es deshalb nicht unbedingt sein, die bei der Entstehung neurotischer Erkrankungen psychodynamisch wirksam werden. Vielmehr sind es bei unserer Untersuchung bei etwa der Hälfte der Patienten die weniger sichtbaren intrafamiliären Konflikte, die mit zur Erkrankung führen.

133 Geschwisterkonstellation

Einen Überblick über die Verteilung der Patienten bezüglich der Geschwisterkonstellation gibt die folgende Tabelle an:

	<u>Patienten insgesamt</u>
Einzelkinder	21,6 %
Älteste	18,7 %
Jüngste	29,9 %
Mittlere	18,7 %
Zwillinge	1,4 %
Heime oder Pflegeeltern	9,7 %
	100,0 %

Der Anteil der Einzelkinder beträgt bei unserer Untersuchung 21,6 %, der der Mittleren und Ältesten jeweils 18,7 %.

Die Jüngsten sind mit 29,9 % deutlich überrepräsentiert und 1,4 % der Patienten sind Zwillinge. Außerdem sind 9,7 % der Patienten in Heimen oder bei Pflegeeltern aufgewachsen.

Die Jüngsten machen damit den größten Anteil unserer Patienten aus. Die folgende Tabelle zeigt, wie groß die Geschwisterzahl der als Jüngste aufgewachsenen Patienten ist.

	<u>Jüngste</u>
Zwei	53,5 %
Drei	27,9 %
Vier	13,9 %
Sechs und Elf	4,7 %
	100,0 %

Bei unseren Patienten überwiegen unter den Jüngsten diejenigen, die zugleich Zweitgeborene sind. Sie machen mehr als die Hälfte aller Jüngsten aus. Es muß aber berücksichtigt werden, daß diese Patienten vor, während oder nach dem zweiten Weltkrieg geboren wurden. In einer Zeit also, in

der die Kinderzahlen allgemein geringer waren, so daß unabhängig von dem grundsätzlichen Überwiegen der Zweikinderfamilien diese Familiengröße damals besonders häufig vorkam; außerdem fehlt bei dieser Untersuchung die Landbevölkerung, da unsere Klinik kein ländliches Einzugsgebiet hat. Diese Faktoren können das Überwiegen der kleineren Geschwisterschaftsgröße erklären.

Obwohl Häufungen von bestimmten Geschwisterkonstellationen bei unseren Untersuchungen deutlich werden, spielen Geschwisterkonflikte aus der Kindheit oder auch der Gegenwart bei unseren Patienten keine dominante Rolle. Wir konnten aber feststellen, daß bei einem primär gestörten Eltern-Kind-Verhältnis die Konfliktsituation durch Geschwister verstärkt oder auch gemildert werden kann.

Die Verschiebungen aggressiver oder libidinöser Impulse soll an zwei Beispielen aus unserem Untersuchungsmaterial verdeutlicht werden.

Eine jetzt 26jährige Patientin hat als Kind sehr stark an ihrem Vater gehangen. Vor der Mutter hatte sie immer etwas Angst. Als die Patientin 12 Jahre alt ist, wird die Schwester geboren. In der Patientin entsteht der Wunsch, die Schwester umzubringen.

Die Schwester wurde in den Phantasien der Patientin das Ziel ihrer aggressiven Wünsche. Obwohl der Altersunterschied der Schwestern so groß war, können Konkurrenz oder "Entthronungsmomente" eine Rolle spielen. Die kleine Schwester ist hier aber auch das Geschenk der Mutter (der Rivalin) an den geliebten Vater. Die aggressiven Wünsche, selbst in Phantasien der Mutter gegenüber nicht erlaubt, werden völlig auf die Geschwisterebene verschoben. Die Schuldgefühle entwickeln sich bei der Patientin nicht allein als Folge der aggressiven Phantasien, sondern auch als Reaktion auf ihre

durch die Geburt der Schwester mobilisierten inzestuösen Wünsche.

In einem anderen Beispiel schließen sich die Kinder, aufgewachsen in einer Stiefvaterfamilie, zusammen und bitten gemeinsam um Heimaufnahme, die auch wegen der katastrophalen Familienverhältnisse gewährt wird.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie bei einem grob gestörten Eltern-Kind-Verhältnis die Bindung der Geschwister aneinander an Bedeutung zunimmt und einen Schritt ermöglicht, den ein Einzelkind nie unternehmen könnte.

D. BURLINGHAM und S. DANN (1) haben eine vergleichbare Situation beschrieben. Sechs jüdische Waisen werden im Alter von 1 1/2 bis 2 1/2 Jahren in das Lager Theresienstadt gebracht und verbringen dort zusammen 1 1/2 Jahre. Sie wachsen zu einer Gruppe zusammen, die zwar Erwachsene kennt und auch von deren Hilfe abhängig ist, die aber nur innerhalb ihrer Gleichaltrigen (Geschwister) libidinöse und aggressive Triebansprüche befriedigen kann. Die Erwachsenen, denen selbst die Kraft fehlte, sich intensiver um die Kinder zu kümmern, sind weitestgehend aus diesem Geschehen ausgeklammert.

Wenn die Eltern als Bezugsperson real, wie in dem Beispiel von BURLINGHAM und DANN, oder auch wie in unseren Beispielen, durch eine vernachlässigende und aggressive Behandlung der Kinder ausfallen oder durch eine protektiv-verschlingende Haltung den Kindern keine Reaktionsmöglichkeiten lassen, dann kann die Bindung der Geschwister aneinander an die Stelle der Eltern-Kind-Beziehung treten und diese sogar teilweise ersetzen.

2. Ausbildung und Beruf

Im Folgenden soll die Schul- und Lehrausbildung und die berufliche Tätigkeit unserer Patienten untersucht werden. Es soll in Analogie zum Studienfachwechsel oder Studienabbruch der Wechsel der Lehrausbildung und auch der Abbruch der Ausbildung untersucht werden. Außerdem soll festgestellt werden, ob bestimmte Berufssparten im Verhältnis zum Bevölkerungsquerschnitt bei unserer Untersuchung überrepräsentiert sind.

21. In der folgenden Tabelle sind die Tätigkeiten der Patienten vor der stationären Behandlung in unserer Klinik angegeben.

	<u>Patienten insgesamt</u>
Angestellte	43,1 %
Beamte	4,2 %
Selbständige	0,6 %
Arbeiter	29,2 %
Lehrlinge	3,4 %
Schüler	1,4 %
Hausfrauen	15,3 %
ohne Beruf	<u>2,8 %</u>
	100,0 %

Die Angestellten machen mit 43,1 % den weitaus größten Anteil unserer Patienten aus. Die Arbeiter folgen mit 29,2 % und der Anteil der Hausfrauen beträgt 15,3 % und ist damit der drittgrößte. Da die Untersuchung auf die Altersgruppe der 19-29jährigen beschränkt ist, muß der Anteil der selbständig Tätigen an unseren Patienten relativ gering sein. Er beträgt 0,6 %. Der Anteil der Beamten beträgt 4,2 %, was ungefähr dem Bevölkerungsquerschnitt entspricht. Auch der Anteil der Lehrlinge und Schüler kann nicht mehr sehr groß sein, er beträgt 3,4 % bzw. 1,4 %. Ohne Beruf sind 2,8 % der Patienten.

22. Schulausbildung

Die folgende Tabelle gibt die Art der Schulausbildung unserer Patienten wieder. Dabei bedeutet "Volksschule nicht abgeschlossen", daß die 9. Klasse entweder gar nicht durchlaufen wurde oder daß der Abgang von der 9. Klasse ohne Versetzungszeugnis stattgefunden hat.

		<u>Patienten insgesamt</u>
Volksschule abgeschlossen		46,5 %
" nicht "		9,0 %
Realschule abgeschlossen		27,1 %
" nicht "		3,5 %
Gymnasium abgeschlossen		5,6 %
" nicht "		6,9 %
Schüler (alle Gymnasien)		<u>1,4 %</u>
		100,0 %

Knapp die Hälfte aller untersuchten Patienten (46,5 %) hat die Volksschulausbildung abgeschlossen, doch fast ein Zehntel von ihnen (9,0 %) hat die Volksschule ohne erfolgreichen Abschluß der letzten Klasse verlassen. Etwa ein Drittel der Patienten (27,1 %) hat die Realschule mit Erfolg besucht (d.h. mit der Mittleren Reife abgeschlossen) und 3,5 % haben diese Ausbildung abgebrochen. Den Besuch des Gymnasiums haben 5,6 % mit dem Abitur abgeschlossen, aber 6,9 % der Patienten haben den Besuch dieser Schule vor dem Abschluß abgebrochen; d.h. daß hier im Gegensatz zu den beiden anderen Schulausbildungsmöglichkeiten der Anteil der Patienten ohne Schulabschluß etwa ebenso groß ist, wie der mit erfolgreichem Abschluß. 1,4 % der Patienten sind noch Schüler.

Insgesamt haben 19,4 % aller Patienten die Schulausbildung vor dem planmäßigen Abschluß abgebrochen.

23. Berufsausbildung

Einen Überblick über die Berufsausbildung unserer Patienten gibt die folgende Tabelle:

	<u>Patienten insgesamt</u>
Lehre abgeschlossen	65,4 %
" nicht "	27,8 %
Studium abgeschlossen	0,6 %
" nicht "	1,4 %
Jetzt in der Lehre	3,4 %
Schüler	<u>1,4 %</u>
	100,0 %

Zwei Drittel unserer Patienten (65,4 %) haben eine Lehrausbildung abgeschlossen, während reichlich ein Viertel aller Patienten (27,8 %) die Lehrausbildung ohne Abschluß abgebrochen hat.

Nur 0,6 % der Patienten haben ein Studium abgeschlossen und 1,4 % haben das Studium abgebrochen. 3,4 % der Patienten befinden sich zur Zeit der stationären Behandlung noch in der Lehre und weitere 1,4 % sind noch Schüler.

Insgesamt haben 29,2 % aller Patienten eine Berufsausbildung abgebrochen.

24. Beruf

In der folgenden Tabelle werden die Anteile der verschiedenen Berufsgruppen an der Zahl der erwerbstätigen Patienten den Erwerbstätigen der Berliner Bevölkerung (23) gegenübergestellt:

	<u>erwerbstätige Patienten</u>	<u>erwerbstätige West- Berl. Bevölkerung</u>
Angestellte	55,8 %	32,2 %
Beamte	5,4 %	6,6 %
Selbständige	0,9 %	10,7 %
Arbeiter	<u>37,9 %</u>	<u>50,5 %</u>
	100,0 %	100,0 %

Mehr als die Hälfte aller erwerbstätigen Patienten (55,8 %) ist im Angestelltenverhältnis beschäftigt, während in der Berliner Bevölkerung nur jeder Dritte Angestellter ist (32,2 %). Der Anteil der Beamten unter den Patienten weicht nur unwesentlich von dem der Berliner Bevölkerung ab. Er beträgt 5,4 % bzw. 6,6 %. Bei den Selbständigen ist der Anteil unter der Berliner Bevölkerung allerdings zehnmal höher als unter den Patienten. Er beträgt 10,7 % in der Berliner Bevölkerung und 0,9 % bei unseren Patienten.

Die Arbeiter machen in der Berliner Bevölkerung die Hälfte aller Erwerbstätigen aus, unter den erwerbstätigen Patienten ist nur reichlich ein Drittel (37,9 %) Arbeiter. Dabei fällt auf, daß die Anteile der Angestellten und Arbeiter unter der Berliner Bevölkerung und unter den Patienten in einem umgekehrten Verhältnis zueinander stehen.

	<u>erwerbstätige Patienten</u>	<u>erwerbstätige West- Berl. Bevölkerung</u>
Angestellte	55,8 %	32,2 %
Arbeiter	37,9 %	50,5 %

Dieses Ergebnis bedeutet, daß die Angestellten unter unseren Patienten auch im Verhältnis zur Berliner Bevölkerung deutlich überwiegen, während die Arbeiter ebenfalls im Verhältnis zur Berliner Bevölkerung einen geringeren Anteil ausmachen.

241 Angestellte

Aus diesem Grund sollen die Angestellten unter unseren Patienten im folgenden gesondert untersucht werden. Wir wollen herausfinden, ob sich unter unseren Patienten, die im Angestelltenverhältnis tätig sind, eine Häufung von "Aufstiegsstrebigen" findet, die sich aus einem weniger geachteten Milieu emporgearbeitet haben. Bei ihnen könnte sich ja die Diskrepanz zwischen ökonomischer Lage und sozialem Habitus, die nach KÖNIG (13) bei Angestellten ganz allgemein besteht, besonders stark auswirken, da die großen Erwartungen, die mit dem Erreichen des Zieles verknüpft waren, nicht erfüllt werden konnten.

Betrachten wir als erstes die soziale Herkunft unserer Patienten im Verhältnis zu den Angestellten unserer Patienten, so ergibt sich folgendes Bild:

<u>Berufe der Väter</u>	<u>Patienten insges.</u>	<u>Pat.i.Angest.Verh.</u>
Angestellte und Beamte	33,3 %	34,5 %
Selbständige	15,3 %	21,3 %
Arbeiter	31,9 %	31,1 %
nicht bekannt	19,5 %	21,3 %
	100,0 %	100,0 %
Akademiker	8,3 %	9,9 %

Dieser Tabelle liegen die Berufe der Väter zugrunde. Vergleichen wir die soziale Herkunft der Angestellten mit denjenigen der Patienten insgesamt, so lassen sich diesbezüglich keine deutlichen Unterschiede feststellen. Ein Drittel der Patienten stammt in beiden Gruppen aus Angestelltenfamilien und jeweils knapp ein Drittel aus Arbeiterfamilien. Auch die Herkunft aus akademischen Elternhäusern weicht kaum voneinander ab, während hinsichtlich der Herkunft aus selbständig tätigen Familien ein Unterschied sichtbar ist:

während ein Fünftel der Angestellten selbständig tätige Väter hat, ist das nur bei einem Siebtel aller Patienten der Fall.

Bei jeweils einem Fünftel der beiden Patientengruppen ist der Beruf des Vaters nicht bekannt. Zu diesen Patienten gehören die unehelich geborenen sowie die Waisen und Halbwaisen.

In der folgenden Tabelle wird die Familienstruktur, in der die als Angestellte tätigen Patienten aufwuchsen der Familienstruktur aller Patienten gegenübergestellt:

	<u>Patienten insgesamt</u>	<u>Angestellte</u>
komplett	54,2 %	50,0 %
inkomplett	36,1 %	41,9 %
Heime	<u>9,7 %</u>	<u>8,1 %</u>
	100,0 %	100,0 %
gestörte Familien und Heime	30,2 %	22,6 %

Bezüglich der Familienstruktur, in der sie aufwuchsen, ergibt sich kein deutlicher Unterschied zwischen Patienten insgesamt und den als Angestellten tätigen Patienten. Die Angestellten stammen zwar etwas weniger aus kompletten Familien, aber die Unterschiede sind so gering, daß sie keine Schlußfolgerung zulassen. Ein deutlicher Unterschied tritt zwischen den in gestörten Familien und Heimen aufgewachsenen Patienten und den angestellten Patienten hervor; allerdings wuchsen die Angestellten etwa ein Drittel weniger in gestörten Familien und Heimen auf als die Patienten insgesamt.

FREUD (7b) berichtete von Patienten, die "am Erfolg scheitern", STÜBER (25) fügt in ihrer Untersuchung diejenigen hinzu, die während des Aufstiegs erkranken. STÜBER konnte erneut bestätigen, was FREUD bereits postuliert hat: Die ungelöste Ödipuskonstellation mit ihren inneren Konflikten, so der Unmöglichkeit, aggressive Strebungen, besonders gegenüber Vorgesetzten, adäquat zu verarbeiten, auch der Unmöglichkeit, eigene Wünsche zu verwirklichen und außerdem den illusionären Ansprüchen den eigenen Leistungen gegenüber, führte zur Manifestation der neurotischen Symptomatik. Aber nicht allein bei Bemühungen, den Vater mit großartigen Leistungen zu überflügeln, sondern auch bei dem Versuch, ihn nur zu erreichen, d.h. ohne sozial aufzusteigen, können diese Konflikte wirksam werden.

Bei den von uns untersuchten Patienten findet sich unter den Angestellten keine Häufung von "Aufstiegsstrebigen". Wir konnten auch keine anderen Merkmale herausfinden, die die erhöhte Erkrankungsbereitschaft der Angestellten unter unseren Patienten erklären konnte. Auch hier mag die schon oben (Kap.131) erwähnte Neigung der Patienten aus unteren Schichten zu organenneurotischen Störungen und die Abneigung gegen eine psychiatrische Behandlung das deutliche Überwiegen der Patienten aus einem Angestelltenverhältnis beeinflussen haben.

242 Selbständige

Der Anteil der Selbständigen ist in der gleichaltrigen Westberliner Bevölkerung zehnmal höher als unter unseren Patienten (10,7 % bzw. 0,9 %). Bei der geringen Anzahl unserer selbständig tätigen Patienten konnten keine gemeinsamen Merkmale gefunden werden, die dieses Ergebnis erklären könnten. Krankheit und stationäre Behandlung bedeuten aber für diese Menschen einen u.U. nicht unerheblichen Verdienstausschlag. Das könnte einer der Gründe dafür sein, daß selbständig arbeitende Patienten relativ selten in die Klinik kommen.

243 Verheiratete weibliche Patienten und Berufstätigkeit

Als nächstes wollen wir untersuchen, ob die Doppelbelastung der verheirateten weiblichen Patienten durch Haushalt und Beruf sich darin niederschlägt, daß die verheirateten berufstätigen Patienten häufiger in unserer Klinik aufgenommen wurden als die Patienten, die allein Hausfrauen waren. Die folgende Tabelle zeigt den Anteil der Hausfrauen und denen der berufstätigen verheirateten Patientinnen.

	<u>verh.weibl.Pat.</u>
Hausfrauen	47,7 %
Berufstätige	52,3 %
	<u>100,0 %</u>

Der Anteil der verheirateten berufstätigen Patientinnen ist zwar mit 55,3 % etwas höher als der der Hausfrauen mit 47,7 %, aber bei der geringen Anzahl der weiblichen verheirateten Patienten insgesamt kann doch nicht von einer deutlichen Überrepräsentierung gesprochen werden. Es muß festgestellt werden, daß weder die Hausfrauen noch die Berufstätigen unter unseren verheirateten Patientinnen deutlich überwiegen.

3. Kindliche Verhaltensstörungen und Neurosen

Aus den Anamnesen unserer Patienten geht hervor, daß bei 47,1 % von ihnen bereits im Kindesalter Störungen vorlagen. Am häufigsten werden Dunkel- und Kellerängste erinnert, außerdem Bettnässen, Daumenlutschen, Nägelknabbern, Angst vor fremden Menschen und Eßschwierigkeiten. Die Entscheidung, ob es sich hierbei um entwicklungsbedingte Störungen oder bereits um kindliche Neurosen gehandelt hat, ist retrospektiv nicht immer leicht zu fällen.

ANNA FREUD (6) hat darauf hingewiesen, daß es bei jedem Kind entwicklungsbedingte Störungen gibt, die zu Symptomen infantiler Neurosen werden können, sobald sie über ihre entsprechende Phase hinaus bestehen. Eßstörungen, Ängste, Schlafstörungen und anderes mehr können durchaus als entwicklungsbedingte Störungen auftreten, sie sind als solche aber eng an die entsprechende Entwicklungsphase gebunden und zeitlich begrenzt.

Einige Patienten geben jedoch an, daß z.B. das Bettnässen bis zum 15. Lebensjahr angehalten hätte, andere berichten, sie hätten bis zum 12. Lebensjahr regelmäßig am Daumen gelutscht oder schon "immer" an den Nägeln gekaut. In diesen Fällen könnten retrospektiv kindliche Neurosen diagnostiziert werden.

Ein anderes Moment erschwert die Beurteilung der Angaben der Patienten: Einige Patienten berichten nämlich, daß in ihrer Kindheit alles "normal" gewesen sei. Was mit "normal" gemeint sein kann, zeigt das Beispiel einer Patientin, die einige Stunden später berichtet, sie habe als Kind äußerst schlecht gegessen, aber das hätten alle Geschwister getan. Demnach war das Verhalten für diese Patientin "normal", weil es der Familiennorm entsprach. Wieviele unserer Patienten eine ebenso normale Entwicklung wie diese Patientin hatten, muß hier offen bleiben. Diese Feststellung mag auch erklären, daß wir die Beobachtung, die SIGMUND FREUD (7a) als erster gemacht hat, wonach die Neurosen Erwachsener sich in der Analyse

regelmäßig als die direkte Fortsetzung jener infantilen Erkrankung enthüllen, bei unseren Patienten nicht generell wiederholen können. Unsere Angaben können, bedingt durch die Technik der Befragung in dieser Beziehung nur grobe Anhaltspunkte geben.

So wie bei den oben erwähnten Patienten läßt sich die Essstörung auch bei anderen Patienten mit anorektischen Symptomen weit zurückverfolgen. Bei einer anderen Patientengruppe ist aus der kindlichen Tierphobie eine erwachsene Agoraphobie geworden oder aus den kindlichen Ängsten sind erwachsene Phobien entstanden.

Das Bild der kindlichen Störungen ist in der Regel ebenso vielfältig, wie das der Erwachsenen, aber nicht immer ist die Beziehung zwischen kindlichen und erwachsenen Symptomen so deutlich, wie in den angegebenen Beispielen.

So haben auch bei Patienten mit Zwangssymptomen in der Kindheit Ängste im Vordergrund gestanden oder Einschlafzeremonielle haben bei Patienten mit jetzt depressiver Symptomatik in der Kindheit eine große Rolle gespielt.

4. Lern- und Arbeitsstörungen

Im Folgenden soll versucht werden, nicht nur die Häufigkeit und Art von Lern- und Arbeitsstörungen bei neurotischen Nichtstudenten im Alter von 19 - 29 Jahren festzustellen, sondern auch die Auswirkungen dieser Störungen auf die verschiedenen Lebensbereiche unserer Patienten aufzuzeigen.

Obwohl eindeutig berufsbezogene Beschwerden, wie z.B. der Fingerkrampf bei Klavierspielern, Sprachstörungen bei Schauspielern und auch Schreibkrämpfe und Leseschwächen bei Schulkindern bekannt sind, ist die Symptomatik der Arbeitsstörungen wenig beachtet worden. Arbeitsstörungen werden entweder gänzlich ignoriert oder nur isoliert und nicht als Symptom einer neurotischen Erkrankung betrachtet. Insbesondere die Störung der intellektuellen Leistungsfähigkeit bei Schülern und Studenten hat lange Zeit nur Kritik und Enttäuschung hervorgerufen aber kein Verständnis gefunden. Die Untersuchungen über psychische Störungen bei Studenten haben deutlich zeigen können, daß Lern- und Arbeitsstörungen das häufigste Symptom neurotischer Studenten sind (ZIOLKO 28a). Sie könnten als die "berufsbezogenen" Beschwerden der Lernenden bezeichnet werden. Aber nicht immer stellen sich die Arbeitsstörungen so deutlich dar, wie es bei den oben genannten Symptomen der Fall ist. Häufig stehen auch körperliche Beschwerden im Vordergrund, die jedoch die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen.

Unsere Untersuchung soll in den folgenden Kapiteln aufzeigen, ob Arbeitsstörungen bei Nichtstudenten ebenfalls zu beobachten sind, welche Lebensbereiche sie überhaupt beeinflussen und wie sie sich im beruflichen Bereich auswirken.

11. Häufigkeit der Lern- und Arbeitsstörungen

Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung geht hervor, daß bei drei Vierteln unserer Patienten Lern- und Arbeitsstörungen vorliegen. Die folgende Tabelle gibt einen ge-

naueren Überblick über die Häufigkeit der Lern- und Arbeitsstörungen bei unseren Patienten:

	<u>Lern- und Arbeitsstörungen</u>
Patienten insgesamt	76,4 %
von männlichen Patienten	89,1 %
von weiblichen Patienten	68,5 %

Von den männlichen Patienten werden diese Störungen relativ häufiger angegeben (89,1 %) als von weiblichen Patienten (68,5 %). Es muß aber berücksichtigt werden, daß die männlichen Patienten nur etwa ein Drittel aller Patienten ausmachen. Absolut werden diese Störungen also von einer größeren Zahl weiblicher Patienten angegeben als von männlichen.

42. Art der Lern- und Arbeitsstörungen

421 Störungen während Schulzeit und Lehre

Bei den Patienten, bei denen Lern- und Arbeitsstörungen während der Schulzeit oder während der Lehre aufgetreten sind, zeigte sich am deutlichsten, daß diese Störungen dieselben sind, wie sie ZIOLKO (28), GEBAUER (8), HEIGL (11) und andere bei Studenten beschrieben haben. Es treten bei unseren Patienten z.B. Müdigkeit und Konzentrationsschwäche bei der Erledigung der Hausaufgaben auf.

Eine jetzt 23jährige Patientin berichtet, daß sie in der 10. Klasse des Gymnasiums stundenlang über ihren Hausaufgaben saß, die sie früher immer ganz schnell erledigt hatte. Ihre Gedanken schweiften ab und trotz des größeren Zeitaufwandes sanken die Leistungen in der Schule ab. Dadurch verlor sie völlig die Lust und ging von der Schule ab.

Oft ist eine gesteigerte Anspruchshaltung gegenüber den eigenen Leistungen mit der Lernstörung verbunden. Bei kleinsten Mißerfolgen treten dann schon Arbeitsunlust oder Arbeitsunfähigkeit auf. Auch der Wunsch, immer die beste aller Antworten geben zu können führt zur Hemmung der Aktivität in der Schule oder zur Hemmung der Lerntätigkeit (24 a).

Eine jetzt 26jährige Patientin, Tochter eines Studienrates, hatte schon während der Schulzeit den Ehrgeiz, nur Bestes zu leisten. Nach dem Abitur beginnt sie eine Lehre als Bibliothekarin, die sie abbricht, weil sie zu "anspruchslos" sei. Daraufhin beginnt sie eine Ausbildung als Heilpädagogin. Nach kurzer Zeit treten Unlust, Mattigkeit und Schwindel auf. Sie geht in die Schweiz, um dort die Ausbildung fortzusetzen, wird jedoch erneut krank und muß die Ausbildung unterbrechen. Nach 5 Jahren besteht sie das Examen. Jetzt tritt sie die erste Stellung mit dem Vorsatz an, sich besonders zu bewähren. Es kommt zu Angstzuständen, Schlaflosigkeit, Versagensträumen und die klinische Aufnahme erfolgt.

An diesem Beispiel werden auch unbewußte masochistische Tendenzen deutlich: jedesmal, wenn die Ausbildung voranzugehen scheint und der Ehrgeiz befriedigt werden könnte, brach die Patientin die Ausbildung ab oder sie wurde krank. Immer wieder mußte sie von vorn beginnen.

Nach dem Examen, das sie mit guten Noten bestanden hatte, wurde sie depressiv und betrieb einen Schlafmittelabusus. Diese Patientin scheint sich den Erfolg, den sie sich einerseits so stark wünscht, doch selbst nicht erlauben zu können; es ist, als dürfe sie gar nicht "gut" sein.

Bei einigen Patienten wurde die Schulausbildung aus Angst vor schlechten Noten abgebrochen, bei anderen bestand schon immer eine "Unlust" zum Lernen und es wurden Schulstunden geschwänzt. Daraus resultierten dann echte Wissenslücken,

die bei Leistungskontrollen zu Mißerfolgserlebnissen führten und die Unlust am Lernen nur verstärkten.

1,4 % unserer Patienten kommen wegen Prüfungsängsten, d.h. mit Beschwerden, die akut aus einer Anforderungssituation entstanden sind, in unsere Klinik.

Die Prüfungsangst spielt demnach bei unseren Patienten im Verhältnis zu studentischen Patienten eine geringe Rolle. Darauf soll in einem der folgenden Kapitel noch näher eingegangen werden.

422 Art der Störungen bei Berufstätigen und Hausfrauen

Wie äußern sich nun die Arbeitsstörungen bei den Patienten, die sich nicht in einer akuten Lernsituation befinden?

Bei den berufstätigen Patienten treten Angstanfälle, Schweißausbrüche und Übelkeit am Arbeitsplatz auf. Andere Patienten sind unfähig, den Weg zur Arbeit anzutreten, weil manifeste Agora- oder Claustrophobien bestehen.

Eine 29jährige Patientin ist monatelang vor der klinischen Aufnahme arbeitsunfähig, weil sie auf der Fahrt zur Arbeitsstelle in der U-Bahn Angstzustände und Schweißausbrüche bekommt.

Die Hausfrauen klagen darüber, daß sie ihre Arbeit plötzlich nicht mehr schaffen, es wird ihnen "alles zuviel", die Kinder sind zu laut und machen zu viel Arbeit. Sie sind vergesslich, müde und matt schon morgens beim Aufstehen, außerdem leiden sie unter Kopfschmerzen, Schlafstörungen oder einem vermehrten Schlafbedürfnis.

Bei anderen Patienten verzögern Ordnungs- und Kontrollzwänge die Arbeit, so daß nichts erledigt wird, obwohl die Patienten "den ganzen Tag hintereinander arbeiten".

Bei einer 27jährigen Patientin besteht seit der Geburt des ersten Kindes eine Keimphobie; sie hat die Vorstellung, ihr Mann bringe diese Keime mit nach Hause. Bei der Patientin entwickelt sich ein Wasch- und Ordnungszwang, wodurch sie zu einem "Putzteufel" wird. Sie muß den ganzen Tag saubermachen und kann sich dabei keine Pause gönnen. Zu diesen Symptomen treten Angst, Schwindel und Erbrechen.

Dazu sei ein weiteres Beispiel erwähnt:

Ein junger Briefträger muß bei seinen Gängen mehrmals zurücklaufen und kontrollieren, ob er die Briefe richtig eingeworfen hat. Trotz der Kontrollen wächst die Unruhe und die Grübeleien nehmen zu. Völlig erschöpft läßt er sich nach einigen Monaten krank schreiben.

Diese Patienten sind ständig in Bewegung, der Zwang läßt sie nicht zur Ruhe kommen. Sie müssen fortwährend arbeiten, aber ihre Arbeit ist nicht effektiv.

423 Weitere Arten der Lern- und Arbeitsstörungen

Bei einigen Patienten fällt eine Protesthaltung auf, mit der sie den Mitmenschen und allen durch die Gesellschaft gestellten Anforderungen begegnen. Den Schwierigkeiten, die durch ihre Haltung entstehen, gehen sie u.a. durch häufigen Stellenwechsel aus dem Weg.

Ein 22jähriger Patient, Sohn eines Akademikers, hat drei ältere Geschwister, die ebenfalls Akademiker sind. Er verläßt bei

durchschnittlichen Leistungen das Gymnasium, beginnt eine Lehre, wechselt einige Male den Lehrherrn und bricht dann auch diese Ausbildung ab. Er zieht in eine Kommune, raucht Haschisch und hat sexuelle Beziehungen zu verschiedenen Mädchen, ohne engere menschliche Kontakte aufzunehmen ("Mädchen sind Gänse").

An diesem Beispiel wird deutlich, daß die Protesthaltung in allen Lebensbereichen wirksam wird:

Protest gegen das akademische Elternhaus, gegen alle Autoritätspersonen (Lehrherrn), gegen die Gesellschaft und gegen engere zwischenmenschliche Beziehungen, die sexuellen Beziehungen werden eher wie ein Sport betrieben.

Dieser Kreis von Patienten gehört zum Typ des "Negativ-Reagierenden". Er wird von JANIS (12) folgendermaßen charakterisiert: Ständig im Kampf gegen feindliche Kräfte, Zwietracht mit der Gesellschaft und Opposition gegen die Autorität, starkes und aktives Selbstbild, aber ohne Wärme in den zwischenmenschlichen Beziehungen.

Damit verbunden treten auch Anpassungsschwierigkeiten und Kontaktstörungen auf. Die Patienten fühlen sich im Betrieb oder in der Schule nicht richtig dazugehörig, manchmal auch in der eigenen Familie nicht. Sie geben an, schon immer "etwas anders" gewesen zu sein und nie "in eine Gemeinschaft gepaßt" zu haben.

Bei anderen Patienten steht eine allgemeine Interesselosigkeit im Vordergrund. Diese Patienten sind apathisch, fühlen sich erschöpft und haben keinerlei Initiative. Eine Patientin sagt, daß ihr zu allem "jegliche Lust" fehle. ZIOLKO (28 d) hat diese Störungen bereits bei Studenten beschrieben und als "Erschöpfungsneurose" zusammengefaßt.

Bei einer weiteren Gruppe stehen die körperlichen Beschwerden im Vordergrund. Es treten Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Herzklopfen, Leibschmerzen und anderes mehr auf, um nur einige dieser vielfältigen Symptome zu nennen. Auch diese Beschwerden beeinträchtigen über ein herabgesetztes Allgemeinbefinden sekundär die Leistungsfähigkeit.

424 Zusammenfassung

Unsere Untersuchungen haben gezeigt, daß es zwei Gruppen von Lern- und Arbeitsstörungen gibt:

In einigen Fällen sind Lern- und Arbeitsstörungen erste Symptome einer neurotischen Erkrankung. Andere Symptome treten dann häufig als Auswirkungen der Arbeitsstörungen und den damit verbundenen Schwierigkeiten hinzu. Hierzu sollen Konzentrationsstörungen, Schreibkrämpfe, Unlust zum Lernen, Zwänge, die die Arbeitseffektivität herabsetzen und anderes mehr gerechnet werden.

Arbeitsstörungen können aber auch Folge einer andersartigen neurotischen Symptomatik sein. Hier wird über die Verschlechterung des Allgemeinbefindens die Leistungsfähigkeit des Patienten herabgesetzt.

Wir haben festgestellt, daß beide Arten von Arbeitsstörungen sowohl bei Schülern und Lehrlingen als auch bei Hausfrauen und Berufstätigen auftreten. Bauchschmerzen der Kinder vor der Schule, der Erwachsenen vor dem Dienst sind seit langem bekannt und geläufig. Aber auch die "primären" Arbeitsstörungen traten bei allen sozialen Gruppen unserer Patienten auf.

43. Auswirkungen der Lern- und Arbeitsstörungen in Schule, Beruf und Haushalt

Unsere Untersuchungen haben gezeigt, daß viele unserer Patienten die Schule ohne Abschluß abgebrochen haben. Es sind bei unserer Untersuchung 19,4 % aller Patienten. Sie

haben entweder die Volksschule ohne gültiges Abgangszeugnis verlassen (9,0 %) oder die Realschule (3,5 %) oder das Gymnasium (6,9 %) vorzeitig verlassen (Tabellen siehe Seite 77).

Ein 29-jähriger Patient hat wegen Tachykardien und Herzangst die Volksschule vorzeitig verlassen. Nachdem er jahrelang das Haus kaum verlassen hatte, trat zwischen dem 18. und 19. Lebensjahr eine Besserung ein. Die Symptomatik verstärkte sich jedoch später derart, daß der Patient jetzt seit ca. 10 Jahren die elterliche Wohnung nur zu Arztbesuchen verlassen hat. Einen Beruf hat er nicht erlernt, er hat überhaupt noch nie gearbeitet.

Wie bei diesem Patienten, so beginnt auch bei vielen anderen bereits in der Schule die Leistungsminderung im intellektuellen Bereich. Sie ist aber nicht allein an intellektuelle Tätigkeiten gebunden, sondern sie kann zu völliger Arbeitsunfähigkeit führen, so daß auch manuelle Tätigkeiten nicht ausgeführt werden können.

Allerdings wird aus unserer Untersuchung auch deutlich, daß ein Teil der Patienten, der den Anforderungen der Schule nicht gewachsen war, mit Erfolg eine Lehre abgeschlossen hat. Ein Drittel der vorzeitigen Schulabgänger hat die erste Lehre sofort mit Erfolg abgeschlossen und ein weiteres Fünftel hat nach zwei oder mehrfachem Lehrbeginn eine Ausbildung abgeschlossen. Diese Patienten haben eine Ausbildung bewältigt, bei der im Verhältnis zur Schulausbildung die intellektuellen Forderungen geringer sind und bei der die praktische Anwendung des Erlernten mehr im Mittelpunkt steht.

Diese Linie läßt sich durchaus weiter verfolgen:

27,8 % aller Patienten hatten die Lehrausbildung nicht abgeschlossen. Davon sind 66,7 % voll berufstätig, 20,5 % sind Hausfrauen und nur 12,8 % dieser Patienten sind wegen der

Erkrankung vor der jetzigen stationären Behandlung arbeitsunfähig gewesen. D.h. daß zwei Drittel der Patienten, die keine Lehrausbildung abgeschlossen haben, im Beruf bis zur klinischen Aufnahme voll tätig waren. Sie hatten ebenso wie die Hausfrauen dieser Gruppe auch nach dem Abbruch der Lehre das Gefühl, daß ihnen "alles zuviel würde", Kopfschmerzen und Interesselosigkeit haben weiterhin bestanden, aber die Erledigung der Hausarbeit oder die Beschäftigung im Beruf war wenigstens für einen mehr oder weniger langen Zeitraum eher möglich, als die Absolvierung einer Lehre.

Die Schwierigkeiten und Arbeitsstörungen sind nicht allein abhängig vom Ausbildungsverhältnis; sie treten auch während der Berufstätigkeit oder Hausfrauentätigkeit erneut bei unseren Patienten auf. Der Versuch, den Konflikten und Schwierigkeiten durch Schulabbruch oder durch Abbruch der Lehrausbildung aus dem Weg zu gehen, mißglückte. Andere Patienten haben die Schul- oder Lehrausbildung ohne große Schwierigkeiten abgeschlossen und haben erst im Berufsleben Arbeitsstörungen (28 %).

Bei einigen Patienten ist der häufige Wechsel der Lehr- oder Arbeitsstelle auffällig. Von den Patienten des Jahrgangs 1969 hatten 34 % das Lehr- oder Ausbildungsverhältnis gewechselt. Hinsichtlich des Jahrgangs 1964 sind die Angaben darüber unvollständig und nicht verwertbar. DÜHRSEN (4b) hat bei einer Untersuchung von 117 neurotischen Studenten einen Anteil von 30 % gefunden, die das Studienfach gewechselt haben.

Als Beispiel sei hier eine 20jährige Patientin angeführt, die das Gymnasium verließ, um als Krankenschwesternschülerin in einem Krankenhaus zu arbeiten. Nach drei Monaten brach sie die Ausbildung ab und arbeitete ein halbes Jahr als ungelernte Arbeiterin in einer Fabrik. Danach versuchte sie, die Schulausbildung abzuschließen, verließ aber ein halbes Jahr vor dem Abitur

erneut die Schule.

Als Gründe für den häufigen Wechsel werden ständiger Streit mit den Kollegen oder den Vorgesetzten angegeben, bei Lehrlingen sind meistens "zu strenge Lehrherrn" der Grund für die Kündigung.

Bei einigen Patienten war die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit durch die neurotische Erkrankung so stark, daß sie bei der Aufnahme oder auch schon früher einmal arbeitsunfähig waren.

Ein 24jähriger Patient leidet seit 6 Jahren an anfallsartigen Kopfschmerzen. Die Heftigkeit und Häufigkeit dieser Anfälle hatte derart zugenommen, daß er arbeitsunfähig wurde. Der Patient war Kraftfahrer von Beruf und es war durch die plötzlich auftretenden Beschwerden bereits zu Verkehrsdelikten gekommen.

Insgesamt 21,9 % aller Patienten sind mindestens einmal wegen der neurotischen Erkrankung arbeitsunfähig gewesen; davon 56,2 % männliche und 43,8 % weibliche Patienten.

Diese Patienten kommen aus folgenden Berufsgruppen:

	<u>Patienten, die arbeitsunfähig waren</u>
Angestellte	37,5 %
Arbeiter	37,5 %
Lehrlinge	3,1 %
ohne Beruf	6,3 %
Schüler	3,1 %
Hausfrauen	12,5 %
	100,0 %

Angestellte und Arbeiter haben den gleichen Anteil an den Patienten, die wegen der Erkrankung arbeitsunfähig waren, während Lehrlinge und Schüler einen sehr viel geringeren Anteil ausmachen. 6,3 % der Patienten haben wegen der neurotischen Erkrankung keinen Beruf erlernt und 12,5 % dieser Patienten haben den Beruf aufgegeben und sind zur Zeit der stationären Behandlung Hausfrauen. Die Aufgabe der Berufstätigkeit schien für sie eine Lösung des Problems zu sein, bis die Symptomatik auch zu Hause auftrat und sich so verstärkte, daß sie auch die Arbeit im Haushalt nur mit Mühe erledigen konnten. Die Hausfrauen unserer Untersuchung klagen dann über starke Vernachlässigung des Haushalts; Arbeitsunfähigkeit direkt gibt aber keine von ihnen an (siehe auch Kapitel 243).

Bei einigen Patienten hat sich kurz vor dem Examen, das die Schul- und Lehrausbildung abschließen sollte, die Symptomatik entwickelt oder verstärkt.

Ein 20jähriger Patient hat bereits bei einer früheren Mathematikarbeit einen "Nervenzusammenbruch" erlitten. Im Abitur hat er starke Prüfungsangst. Nach der ersten schriftlichen Arbeit, die "ganz gut" verlaufen war, mißglückt der Versuch, für die nächste Arbeit zu "pauken". Zu der Angst und den Schlafstörungen treten Suicidgedanken und der Patient bricht die Prüfung ab.

Wegen der Prüfungsangst kommen 1,4 % unserer Patienten zur klinischen Aufnahme. Nach MÖLLER (17) sind es bei Studenten 20 %.

Es muß natürlich berücksichtigt werden, daß unsere nicht-studentischen Patienten zum größten Teil schon ihre Prüfungen abgelegt haben, bevor sie 19 Jahre alt sind und somit die Patienten mit akuten Prüfungssituationen im allgemeinen nicht in unsere Untersuchungsgruppe fallen. In den Anamnesen

unserer Patienten finden sich aber auch keine Angaben über frühere Klinikaufenthalte wegen eventueller Prüfungsschwierigkeiten.

Die Konsequenzen einer nicht bestandenen Prüfung scheinen von Studenten schwerwiegender empfunden zu werden, als von Lehrlingen, die als ungelernte Arbeitskräfte in vielen Berufssparten arbeiten können, ohne ganz aus der sozialen Schicht, der sie mit der Prüfung angehört hätten, herausfallen zu müssen. Auch finanziell muß sich das "Versagen" nicht unbedingt bemerkbar machen.

Für Studenten ist das Examen von größerer Bedeutung, weil sich die Tätigkeiten, die mit und ohne Examen ausgeführt werden können, sowohl finanziell als auch in der Anerkennung, die sie in der sozialen Umwelt genießen, stärker unterscheiden. Die Anspruchshaltung kann den Abbruch des Studiums schon deswegen nicht zulassen, weil auf die angestrebte "Allmacht" verzichtet werden müßte.

Da dieser Konflikt aus den genannten Gründen für Lehrlinge keine so große Bedeutung hat, bleibt ihnen eher der Abbruch der Ausbildung als "Ausweg" aus ihrer Prüfungsangst. Wie aus den Tabellen hervorgeht, haben 27,8 % der Patienten keine Gesellenprüfung abgelegt.

Durch den Abbruch der Ausbildung haben diese Patienten aktuelle Schwierigkeiten wie Examensangst oder Belastung durch Prüfungsvorbereitungen umgangen, aber zur Lösung ihrer Konflikte hat dieser Schritt nicht geführt. Später, ohne eine vergleichbar belastende Situation, wie ein Examen es sein kann, treten trotzdem Symptome auf.

44. Arbeitsstörungen und Störungen der Sexualität

Zusammen mit Arbeitsstörungen tritt oft eine Störung der Sexualität auf. Mitunter suchen die Patienten wegen ihrer gestörten sexuellen Beziehung die Klinik auf. Die Leistungsminderung im intellektuellen Bereich wird erst nach längeren Gesprächen deutlich. Hierzu seien einige Beispiele erwähnt:

Ein Patient kommt wegen seiner Impotentia erectionis, die seit der Schwangerschaft seiner Frau besteht, in unsere Klinik. Er hat Insuffizienzgefühle gegenüber seiner Frau, auch auf intellektuellem Gebiet. Konzentrationsstörungen und Unruhe bei der Arbeit treten gleichzeitig auf.

Die Ehefrau eines unserer Patienten hat wegen einer seit 2 Jahren bestehenden Impotentia erectionis des Mannes die Scheidung eingereicht. Der Patient verübt daraufhin einen Suicidversuch und wird in unsere Klinik überwiesen. Auch dieser Patient ist wegen seiner vegetativen Symptomatik unfähig gewesen, seiner Arbeit im Beruf regelmäßig nachzugehen.

Die Leistungsminderung im Falle der Impotenz in beiden Bereichen - dem sexuellen und dem intellektuellen - ist deutlich verknüpft.

In den meisten Fällen sind es jedoch nicht die sexuellen Störungen, die unsere Patienten in die Klinik führen, sondern es handelt sich bei ihnen um psychoneurotische oder andere organoneurotische Symptome, die das Bild der Krankheit bestimmen und die Einweisung veranlassen. Auf diese Symptomatik soll später noch eingegangen werden. Dennoch müssen wir feststellen, daß es meistens eine gestörte, gehemmte Sexualität ist, der wir bei unseren Patienten begegnen. REICH (19) hat bereits darauf hingewiesen, daß orgastische Befriedigung und Sublimierung spezifische Leistungen des genitalen Charakters sind und Reaktionsbildung die Arbeitsweise des neurotischen Charakters. Bei der Untersuchung der studentischen Arbeitsstörungen und der Sexualität sind ZIOLKO (28a) und GEBAUER (8) zu demselben Ergebnis gekommen.

Die gestörte Sexualität äußert sich in vielfältiger Weise:

Einige Patienten meinen, die Sexualität sei für sie nicht so wichtig. Eine Patientin verneint beispielsweise die Frage nach Antikonceptiva bei depressiver Reaktion auf eine Schwangerschaft mit dem Hinweis: "Wir sind doch keine Tiere, man muß sich auch einmal zusammennehmen können". Andere Patienten berichten, sie hätten bei sexuellen Beziehungen "nie etwas empfunden" oder fänden "alles ekelig". Dazu können Halluzinationen und Träume treten wie z.B. bei einer Patientin, die träumte: "Männer mit Messern" kämen auf sie zu.

Andere Patienten haben nur mit ihrem Ehepartner Störungen in den Intimbeziehungen; die Beziehungen, die vor der Ehe bestanden oder auch neben den ehelichen bestehen, sind ungestört. Das "Verbotene" kann nur in "verbotener Form" erlebt werden. Dazu sei ein Beispiel erwähnt:

Eine 21jährige Patientin ist in der Beziehung zu ihrem Ehemann frigide; in einer außerehelichen Beziehung zu einem katholischen Geistlichen besteht diese Störung nicht.

Einige Patienten versuchen, ihre Potenz durch intime Beziehungen zu vielen Partnern wieder unter Beweis zu stellen. Eine echte Partnerbindung wird in der Regel vermieden.

Identitätsprobleme spielen ebenfalls eine Rolle. Dazu sollen einige Beispiele erwähnt werden:

Eine 24jährige Patientin ist ihrem Verlobten gegenüber launisch, aggressiv und streitsüchtig, die sexuellen Beziehungen sind gestört. Hinsichtlich ihrer gestörten Beziehung zu dem Verlobten äußert sie, "sie ließe sich nicht so unterkriegen wie die Mutter, sie sei eher wie der Vater".

Der Konflikt der maskulin-patriarchalen mit den femininen Bestrebungen äußert sich bei dieser Patientin auch im Arbeitsbereich. Sie hat nacheinander drei Lehren mit gutem und sehr gutem Ergebnis abgeschlossen. Sie muß Leistungsbeweise erbringen, um es dem Vater gleich zu tun, das Weibliche wird als das Schwache erlebt, das sich "unterkriegen" läßt und in der Beziehung zum Verlobten kann die feminine Rolle nicht übernommen werden. Als der Verlobte sie verläßt, fällt ihre Aggressivität auf sie selbst zurück, sie verübt einen Suicidversuch.

Ein 29jähriger Patient, der noch im Elternhaus wohnt, hat wegen seiner Ängste und Phobien seit 10 Jahren das Haus kaum verlassen. Die Schulausbildung wurde deswegen abgebrochen, er hat aber auch zu Hause nicht den Versuch unternommen, handwerklich oder geistig zu arbeiten; denn auch zu Hause treten Angstzustände auf, die sich in Gegenwart der Mutter sofort bessern. Während eines Krankenhausaufenthaltes lernte er eine 50 Jahre alte Krankenschwester kennen und nimmt sexuelle Beziehungen zu ihr auf, bei denen es zu Todesängsten und zuweilen zu Impotenz kommt.

Bei manchen Patienten, bei denen ebenfalls eine starke Mutterbindung im Vordergrund steht, manifestiert sich die neurotische Symptomatik beim Versuch, eine Partnerbindung einzugehen, bei anderen Patienten bei der örtlichen Trennung von den Eltern durch einen Umzug. Auch hierzu seien einige Beispiele erwähnt:

Ein Patient, der als ungelernter Arbeiter tätig war, mit "hohen geistigen Ansprüchen" und zugleich Konzentrationsstörungen, hatte jetzt die richtige Frau gefunden, die "wie die Mamma" sei. Sein Konflikt bestand einer-

seits in dem Wunsch, seine Freundin jungfräulich zu erhalten und andererseits sexuelle Beziehung aufnehmen zu wollen.

Bei einer 26jährigen Patientin, die auch jetzt noch mit ihrer Mutter in einem Bett schläft, wenn sie Kummer hat, verstärkt sich die Symptomatik (hypochondrische Befürchtungen, Herzrasen, Angst) als sie einen jungen Mann näher kennenlernt und die Versuche, sexuelle Beziehungen aufzunehmen, mißglücken.

Die Bindung an den Freund mußte die Symptomatik verstärken, weil sie gleichzeitig die Lösung von der Mutter bedeutete.

Wie von ZIOLKO (28a) schon hervorgehoben wurde, werden Sublimierungen mitunter in den Dienst der Abwehr gestellt. Beispielsweise sollen heterosexuelle Beziehungen die passiv-femininen Wünsche verleugnen.

Ein 26jähriger Patient, der in der Kindheit "wie ein Mädchen" gespielt hat, sucht das erste Mal homosexuelle Bekanntschaften, als seine Frau ihn verlassen hat. Bis dahin hatte er wegen der Frau und der Tochter "standhaft" sein können.

Bei allen unseren Patienten gingen die neurotischen Arbeitsstörungen mit Störungen der Sexualität einher. Es wurden hier einige repräsentative Beispiele davon aufgezeigt.

5. Weitere Symptomatik

In der folgenden Tabelle sind die Arbeitsstörungen im Vergleich zur übrigen Symptomatik aufgeführt. Es wird noch einmal deutlich, daß die Arbeitsstörungen das häufigste Symptom bei unseren Patienten sind.

	<u>Patienten insgesamt</u>
Konversion	21,5 %
Angst	39,3 %
Phobien	25,7 %
Zwänge	5,6 %
Depression	<u>71,5 %</u>
Arbeitsstörungen	<u>76,4 %</u>
Kopfbeschwerden	28,5 %
Oral-Gastro-Enteral-Beschwerden	<u>61,2 %</u>
Cardiovaskuläre Beschwerden	45,1 %
Genitalbereich	51,4 %
Erschöpfung	32,0 %
Schlafstörungen	59,0 %

Depressionen sind neben den Arbeitsstörungen das häufigste Symptom, 71,5 % aller Patienten leiden unter Depressionen. Beschwerden im Oral-Gastro-Enteral-Bereich stehen in der Häufigkeit an dritter Stelle. Dazu rechnen wir u.a. anorektische und hyperorektische Symptome, Völlegefühl, Magenschmerzen, Ulcera des Magen-Darm-Traktes, Schluckbeschwerden und Gewichtsschwankungen.

59,0 % der Patienten klagen über Schlafstörungen. In vielen Fällen können die Patienten nicht angeben, warum sie nicht einschlafen können, oder warum sie nachts plötzlich aufwachen. Einige Patienten geben aber an, daß sie quälende Träume aus dem Schlaf rissen und sie Angst vor dem Einschlafen hätten. Die Schlafstörungen führen häufig zur Erschöpfung und Müdigkeit. Bei anderen Patienten besteht trotz ausreichenden Schlafs ein gesteigertes Schlafbedürfnis.

Schlafstörungen führen wie auch Schmerzsyndrome häufiger zum Medikamentenabusus.

Störungen im Genitalbereich sind ebenfalls sehr häufig. Sie treten bei 51,4 % aller Patienten auf. In dieser Gruppe sind folgende Störungen zusammengefaßt: Frigidität, Vaginismus, Impotenz, Ejaculatio praecox, Dysmenorrhoe, Unterleibschmerzen ganz allgemein u.a.m. Die Störungen im cardio-vasulären Bereich, die bei 45,1 % der Patienten auftreten, reichen von Schwindel und Herzstichen bis zu Ohnmachten und Angina pectoris-Anfällen.

Angst tritt bei 39,3 % der Patienten auf, Erschöpfung bei 32,0 %.

Kopfschmerzen oder Kopfdruck werden von 28,5 % der Patienten angegeben.

Phobien bestehen bei 25,7 %, Konversionssymptome bei 21,5 % und Zwänge bei 5,6 % der Patienten.

Aus dieser Tabelle geht hervor, daß neben den Arbeitsstörungen und den Depressionen Symptome nach der Häufigkeit im Vordergrund stehen, die man als "organneurotische" bezeichnen könnte. Dazu können die Störungen im Oral-Gastro-Enteral-Bereich, im Genital-, Cardiovasulär-Bereich, Kopfschmerzen und Schlafstörungen gezählt werden. In der Regel stehen sie aber in engem Zusammenhang mit den übrigen sogenannten psychoneurotischen Störungen. So verbinden sich Kopfschmerzen z.B. mit hypochondrischen Befürchtungen, einen Hirntumor zu haben; bei einer Herzsymptomatik besteht die Angst, einen Herzfehler zu haben. Die Angst steigert dann die "organneurotische" Symptomatik weiterhin. Bei anderen Patienten tritt mit einer phobischen Symptomatik "Herzrasen" auf oder sie werden von Schweißausbrüchen begleitet. Kopfschmerzen und Erschöpfung spielen bei depressiven Patienten eine große Rolle.

Wenn das organbezogene Beschwerdebild unserer Patienten auch vielfältiger ist, so bleibt es doch eng verknüpft mit den sogenannten psychoneurotischen Störungen.

Wir konnten außerdem beobachten, daß bei "psychoneurotischen" Störungen oder beim Hinzutreten dieser Störungen zu "organneurotischen" Störungen der Leidensdruck der Patienten erheblich stärker ist. Häufig haben jahrelang "organneurotische" Beschwerden bestanden, das Auftreten der "psychoneurotischen" Beschwerden führte dann aber erst zur stationären Aufnahme.

Diese "psychoneurotischen" Symptome werden auch häufiger als Hauptsymptome festgestellt. Die "organneurotischen" Beschwerden werden nur bei 16,4 % als Hauptbeschwerden angegeben. Sie sind bei unseren Patienten eher Begleitbeschwerden zur Zeit der stationären Behandlung.

Der Beginn der Beschwerden kann in den seltensten Fällen genau angegeben werden. Oft lassen sich die Störungen bis in die Kindheit zurückverfolgen.

51. Häufigkeit der Beschwerden bei männlichen und weiblichen Patienten

In der folgenden Tabelle soll an einigen Beispielen gezeigt werden, wie häufig Beschwerden von männlichen und weiblichen Patienten angegeben werden. Die Prozentzahlen sind bezogen auf alle männlichen bzw. alle weiblichen Patienten.

	<u>männl.Pat.</u>	<u>weibl.Pat.</u>
Konversion	9,1 %	28,1 %
Angst	36,4 %	57,4 %
Depression	<u>76,4 %</u>	68,5 %
Arbeitsstörungen	<u>89,1 %</u>	68,5 %
Oral-Gastro-Enteral-Bereich	45,4 %	66,3 %
Genitalbereich	27,3 %	59,6 %
Schlafstörungen	52,7 %	61,8 %

Wie aus dieser Tabelle hervorgeht, ist das Beschwerdebild der weiblichen Patienten vielfältiger als das der männlichen, d.h. daß von weiblichen Patienten häufiger Beschwerden aus mehreren Bereichen angegeben werden, während sich die Beschwerden der männlichen Patienten eher auf wenige Bereiche zentrieren. Dadurch werden die Beschwerden in fast allen Bereichen von weiblichen Patienten auch relativ häufiger angegeben.

Am deutlichsten sind die Unterschiede im Oral-Gastro-Enteral- und Genital-Bereich, bei Konversionssymptomen und bei Angst. Die Differenz beträgt in allen vier Bereichen ungefähr 20 %.

Nur Arbeitsstörungen und Depressionen werden von männlichen Patienten häufiger angegeben. Depressionen von 76,4 % der männlichen und 68,5 % der weiblichen, Arbeitsstörungen von 89,1 % der männlichen und von 68,5 % der weiblichen Patienten. D.h. aber nur, daß sie relativ gesehen häufiger bei männlichen Patienten auftreten, da die männlichen Patienten ja nur ungefähr ein Drittel aller Patienten ausmachen, werden auch diese Störungen absolut mehr von weiblichen als von männlichen Patienten angegeben.

6. Suicidversuche

Unsere Untersuchung hat ergeben, daß 34,8 % der klinisch untersuchten neurotischen Nichtstudenten im Alter von 19-29 Jahren Suicidversuche verübt haben.

SCHWARZ und ZIOLKO (22) geben bei klinisch untersuchten neurotischen Studenten 14 % an. Die Häufigkeit der Suicidversuche der nichtstudentischen Patienten der vergleichbaren Altersgruppe wäre demnach mehr als doppelt so groß, wie die der neurotischen Studenten.

LUNGERSHAUSEN (16) hat bei einer umfassenden Untersuchung in Nordrhein-Westfalen unter anderem die Suicidversuchsziffern aller Studenten mit denen der Gesamtbevölkerung und mit der Durchschnittsbevölkerung gleichen Alters verglichen. Dabei wurden alle Suicidversuche, nicht nur die neurotischer Patienten, die von der Polizei registriert worden waren, erfaßt. Es zeigte sich, daß die Suicidversuchsziffern der Studenten zwar gering über denen der Gesamtbevölkerung, aber etwa um die Hälfte unter denen der 18-30jährigen liegen, was auch mit unseren Untersuchungsergebnissen übereinstimmt.

Die kleinere Suicidversuchsziffer der Gesamtbevölkerung erklärt sich daraus, daß das Alter mit der größten Suicidversuchsziffer zwischen 24 und 44 Jahren liegt (21).

Auffallend ist jedoch die starke Differenz zwischen den studentischen und nicht-studentischen Suicidversuchsziffern der entsprechenden Altersgruppe. LUNGERSHAUSEN (13) erklärt dies damit, daß Suicidversuche von Studenten, wie überhaupt Suicidversuche innerhalb gehobener sozialer Schichten, sehr viel seltener zur Kenntnis der Polizei gelangen werden, weil die Angehörigen dieser Schichten Aufsehen vermeiden wollen.

Ob diese Begründung ausreichend ist, muß offen bleiben. Sie kann durch unsere Untersuchung weder bestätigt noch widerlegt werden, da unsere Patienten nach einem Suicidversuch aus den Intensivstationen anderer Kliniken zu uns über-

wiesen wurden; ob sie überhaupt von der Polizei registriert wurden, ist nicht bekannt. Jedenfalls findet sich eine hohe Suicidalität auch bei den in der Nervenklinik aufgenommenen nichtstudentischen Patienten.

Wie oben (Kap. 131) genauer angeführt wurde, überwiegen bei unserer Untersuchung im Vergleich zur Berliner Bevölkerung die Patienten aus den oberen Schichten. Dasselbe gilt für unsere neurotischen Patienten, die einen Suicidversuch verübt haben, sie stammen im Verhältnis zur Berliner Bevölkerungsstruktur vermehrt aus den oberen sozialen Schichten; im Verhältnis zur Gesamtpatientenzahl besteht aber kein Unterschied.

Die folgende Tabelle stellt der Familienstruktur der gesamten Patienten der der Patienten mit Suicidversuchen gegenüber.

Familienstruktur	Gesamtpatienten	Pat. mit SV
komplett	54,2 %	44,0 %
inkomplett	36,1 %	52,0 %
Heime	9,7 %	4,0 %
	100,0 %	100,0 %
gestört	20,5 %	26,0 %

Der Anteil der Patienten aus kompletten Familien ist bei den suicidalen Patienten geringer und der aus inkompletten Familien ist höher als bei der Gesamtpatientenzahl. 54,2 % der Patienten insgesamt stammen aus kompletten Familien, dagegen nur 44,0 % der suicidalen Patienten. Den 36,1 % der gesamten Patienten aus inkompletten Familien stehen 52,0 % suicideale Patienten gegenüber. Der Anteil der in Heimen aufgewachsenen Patienten ist bei den suicidalen Patienten geringer. Er beträgt bei den gesamten Patienten 9,7 % und bei den suicidalen Patienten 4,0 %.

Der Anteil der in gestörten Familien aufgewachsenen Patienten ist in beiden Gruppen etwa gleich; bei der Gesamtzahl der

Patienten beträgt der Anteil 20,5 % und bei den suicidalen Patienten 26,0 %.

Hinsichtlich der Familienstruktur besteht auch bei unserer Untersuchung ein deutlicher Unterschied zwischen den suicidalen und den übrigen Patienten, aber er deckt sich nicht mit den Angaben von ZUMPE (29) und WAAGE (27), demzufolge 75 - 80 % der suicidalen Kinder und Jugendlichen aus "broken homes" kommen. Die Geschlechtsverteilung der Patienten mit Suicidversuchen ist folgendermaßen:

Patienten mit SV

männlich	46,0 %
weiblich	<u>54,0 %</u>
	100,0 %

Der Anteil der weiblichen Patienten mit Suicidversuchen ist ~~mit 54,0 %~~ nur wenig größer als der der männlichen Patienten; dieser beträgt 46,0 %.

Die Motive, die zu Suicidversuchen führen, sind sehr vielfältig; ~~an~~ vorherrschend sind es Konflikte in den Partnerbeziehungen. Ähnliches haben SCHWARZ und ZIOLKO (22) und LUNGERSHAUSEN (16) für Studenten festgestellt. LINDEN (14) kommt jedoch nur hinsichtlich der weiblichen Patienten zu gleichen Ergebnissen, während bei männlichen Patienten soziale und wirtschaftliche Schwierigkeiten überwiegen. Einige unserer Patienten verübten nach einem heftigen Streit mit dem Ehepartner oder Freund einen Suicidversuch.

Eine 26jährige Patienten ist als Kind sowohl von der Mutter als auch vom Vater geschlagen worden. Der Vater starb, als die Patientin 14 Jahre alt war. In der Verbindung mit einem erheblich älteren Mann kommt es ebenfalls zu tätlichen Auseinandersetzungen, bei denen sie sehr passiv bleibt. Nach einem solchen Streit

verübt sie einen Suicidversuch. Die Patientin hat ihren Mann schon mehrmals verlassen, war aber jedesmal freiwillig zu ihm zurückgekehrt.

Die stark ambivalente Bindung an ihre Eltern setzt die Patientin in ihrer Partnerbeziehung fort. Ihre eigenen aggressiven Tendenzen, die sich zum Teil auch in ihrem masochistischen Charakter äußern, können in einem Suicidversuch nur wieder gegen sich selbst gerichtet werden.

Andere Patienten sahen aus den ständigen Nörgeleien oder vielen unausgesprochenen Meinungsverschiedenheiten keinen Ausweg mehr und verübten einen Suicidversuch.

Bei 60,0 % der männlichen Patienten war der Suicidversuch eine Reaktion darauf, daß sie von ihren Partnerinnen verlassen worden waren.

Ein Patient hat beim ersten Ehebruch seiner Frau "aus Rache" seinerseits einen Ehebruch begangen. Beim zweiten Ehebruch der Frau verübt er einen Suicidversuch.

Bei all diesen Patienten wird eine starke Mutterbindung deutlich. Zwei Patienten hatten seit dem Tod der Mutter Suicidgeanken, führten die Suicidversuche aber erst aus, als sie von ihren Frauen verlassen wurden.

Zwei weitere Beispiele sollen hier angeführt werden:

Ein männlicher jetzt 24 Jahre alter Patient hat bereits 12 Suicidversuche verübt. Seine Mutter, an der er sehr hängt, hat zwischen seinem 14. und 17. Lebensjahr viele Suicidversuche verübt, denen gewöhnlich Prügeleien mit dem Vater vorausgingen. Mit 19 Jahren verübte der Patient seinen ersten

Suicidversuch.

Ein anderer Patient beging nach der von seiner Frau betriebenen Scheidung den ersten Suicidversuch; danach sucht er erstmals homosexuelle Bekanntschaften. Nach einem heftigen Streit mit dem Freund unternahm er den zweiten Suicidversuch.

Von den weiblichen Patienten reagieren nur 19,4 % auf die Trennung vom Partner in entsprechender Weise.

Der "Liebesentzug", als der die Trennung des Partners empfunden wird, von TRAMER (26) bei Suicidversuchen von Kindern beschrieben, setzt die aggressiven Tendenzen der ambivalenten Gefühle frei. Außerdem ist der Suicidversuch die Strafe für die eigenen, unerlaubten Wünsche, den Partner zu verlassen, die - durch die Tat des Partners aktiviert - schuldvoll erlebt werden.

Bei einigen Patienten ist es eine chronisch depressive Entwicklung, die irgendwann, häufig ohne akuten Anlaß zu einem Suicidversuch führt.

Sehr selten führten bei unseren Patienten finanzielle Schwierigkeiten zu Suicidversuchen und nur bei einer Patientin war die Prüfungsangst der Anlaß. Ebenso selten standen Konflikte mit den Eltern im Vordergrund.

IV. DISKUSSION

Im Folgenden sollen die Ergebnisse unserer Untersuchung denen anderer Autoren gegenübergestellt und mit ihnen verglichen werden. Zunächst wollen wir die sozialen Daten betrachten.

Bezogen auf den altersentsprechenden Bevölkerungsquerschnitt haben wir bei unserer Untersuchung ein deutliches Überwiegen der weiblichen Patienten feststellen können.

Bei der Untersuchung klinisch aufgenommener Studenten überwiegen bei GEBAUER (8) absolut die männlichen Patienten (Gesamtstudentenzahl FU Berlin männl. 70 %, weibl. 30 %, Patienten FU Berlin männl. 55 %, weibl. 45 %, GEBAUER, 5). Sieht man aber die Zahlen der männlichen und weiblichen studentischen Patienten im Verhältnis zu den Gesamtstudentenzahlen, so wird deutlich, daß weibliche Studenten ebenfalls relativ häufiger stationär behandelt wurden.

Nach CHRISTIAN (zit. nach PFLANZ 18) sind die Krisenpunkte der Frau Eheprobleme, frauliche Unausgefülltheit, unbefriedigende Ersatzberufe und ein gestörtes Familiengefüge. Beim Mann dagegen liegt seiner Meinung nach der Hauptkrisenpunkt allein im Berufsleben. Die zusätzliche Belastung durch Berufskonflikte und die dadurch notwendigerweise vermehrte Selbständigkeit könne einer der Gründe für die erhöhte Anfälligkeit der Frau für neurotische und funktionelle Störungen sein (18), die auch für die Frau kulturell akzeptabler sind (zit. nach PFLANZ 18).

Da in unserer Zeit viele Frauen berufstätig sind, ist es richtig, daß sich ihnen andere Probleme stellen als beispielsweise den Frauen um 1900. Warum sind diese Probleme aber heute schwerer lösbar als zu anderen Zeiten? Warum bleibt heute für die Frau oft nur der "Ausweg" in die Krankheit?

Wenn die Überbelastung durch Beruf und Familie einer der wichtigsten Gründe der Erkrankungsbereitschaft wäre, müßte

die Beendigung der Berufstätigkeit Heilung oder Freisein von Krankheit bedeuten. 15,3 % unserer Patienten sind Hausfrauen; für sie besteht diese Doppelbelastung nicht bzw. nicht mehr; denn ein Teil dieser Patientinnen hat wegen der Erkrankung den Beruf aufgegeben. Die Beschwerden haben aber weiterhin bestanden oder sie haben sich sogar verstärkt (siehe Kap.2 und 43).

Die Frau kann heute leichter aus der "fraulichen Unausgefülltheit" und der häuslichen Isolierung ausbrechen, sie hatte noch nie so viele Möglichkeiten, ihr Leben selbst zu gestalten und sie kann auch im Beruf "ihren Mann stehen". Dadurch werden aber mitunter Konflikte aktiviert, die unter anderen Umständen möglicherweise latent geblieben wären; die Identifikation mit dem väterlichen Leistungsideal trifft mit dem weiblichen Verhalten und den weiblichen Wünschen zusammen. Die Verwirklichung des Wunsches "... wär ich ein Mann doch mindestens nur" (A.v.DROSTE-HÜLSHOFF ¹⁾) rückt so nahe und darf doch nicht verwirklicht werden, weil das selbst angestrebte Ideal von der Frau Fraulichkeit fordert. In früheren Generationen blieben Geburt und Mutterschaft die einzigen aktiven Leistungen der Frau (HELENE DEUTSCH 3), der Wunsch nach weiterer Aktivität wurde durch die Gesellschaft unterdrückt; möglicherweise war dadurch die Identitätsfindung für die meisten Frauen problemloser. Die Entscheidung wurde ihnen abgenommen. Nur ausgesprochen kämpferische Frauen vermochten gegen die Anfechtungen der Gesellschaft, ihre Vorstellungen weiter zu vertreten. Jetzt haben sich die Vorstellungen der Gesellschaft etwas gewandelt, die Frau wird als Arbeitnehmer gebraucht und deswegen ihre Berufstätigkeit gefördert.

LILLI FLECK (5) wies bereits darauf hin, daß die neuen Möglichkeiten aber, die der Frau von der Gesellschaft geboten werden, möglicherweise zu Identitätskrisen führten, weil sich die aktiven Wünsche der Frau selbst und die der Gesellschaft an die Frau mit dem auch heute noch vorwiegend passiven Weiblichkeitsideal schlecht vereinbaren lassen.

¹⁾ "Am Turme" aus dem Zyklus: "Fels, Wald und See", Deutsches Verlagshaus Bong & Co., Berlin-Leipzig-Wien-Stuttgart

Auch bei ledigen Frauen spielt eine Doppelbelastung durch Beruf und Familie ja keine Rolle: 41,6 % unserer weiblichen Patienten sind ledig, was in etwa dem Berliner Bevölkerungsquerschnitt entspricht.

Die männlichen ledigen Patienten sind in unserer Untersuchung gegenüber dem altersentsprechenden Bevölkerungsquerschnitt Berlins überrepräsentiert.

PFLANZ (18) kommt bei seiner Untersuchung zu dem Ergebnis, daß Ledige eine höhere Quote an psychischen Störungen aufweisen. Aber, so führt PFLANZ aus, "die Statistiken geben keine Auskunft darüber, ob psychische und somatische Krankheiten den Eheschluß verhindert haben oder sie die Folge davon sind, daß den Ledigen eine eventuell protektive Wirkung der Ehe fehlt".

Bei unseren Patienten hat die neurotische Symptomatik eine Partnerschaft bisher unmöglich gemacht. Kontaktstörungen, Ängste, auch vor dem anderen Geschlecht und anderes mehr haben zur Isolierung der Patienten geführt. Auch an unseren verheirateten Patienten wird deutlich, daß sie zwar eine Ehe eingegangen sind, daß die "protektive Wirkung" dieser Ehe aber nicht wirksam werden konnte, weil die neurotische Persönlichkeit zu einer echten Partnerbindung nicht fähig war. Auch bei den Patienten, die früh geheiratet haben, d.h. bis zum 20. Lebensjahr, waren die Konflikte und Beschwerden und weniger das jugendliche Heiratsalter an sich, in dem noch die Reife zur Partnerwahl fehlte (18) eines der Motive für die frühe Eheschließung. Bei allen Patienten haben die Beschwerden bereits vor der frühen Eheschließung bestanden, und es ist unwahrscheinlich, daß diese Patienten ohne Ehe eine Reifung oder besser Änderung ihrer Persönlichkeitsstruktur erfahren hätten.

Solange sie ledig sind, bleiben die Patienten ja in der Regel in dem Familiengefüge, in dem sie aufgewachsen sind. Wie sollten Patienten in einer Familie gesunden, deren Struktur nicht unwesentlich auf die Entwicklung der neurotischen Per-

sönlichkeit eingewirkt hat?

Welche wichtige Rolle die Familienstruktur bei der Entwicklung des Kindes spielt, ist schon an anderer Stelle betont worden. HARNACK (10) hat darauf hingewiesen, daß Kinder aus "broken homes" häufiger Verhaltensstörungen zeigen als Kinder, die in geordneten Verhältnissen aufgewachsen sind. DÜHRSSSEN (4a) hat in einer Untersuchung von sechs bis siebenjährigen Kindern, die in Heimen, bei Pflegeeltern und in den eigenen Familien aufgewachsen sind, zwar auch ein deutliches Abnehmen der neurotischen Störungen von Heimkindern über Pflegekinder zu den Kindern aus geordneten Familien feststellen können. Gleichzeitig wurde aber deutlich, daß die Kinder, die in der eigenen Familie aufwuchsen, ebenfalls in keinem geringen Anteil neurotische Symptome aufwiesen.

Auch bei unserer Untersuchung wurde deutlich, daß es nicht unbedingt so grobe Kriterien wie das "broken home" sein müssen, die bei der Entstehung neurotischer Störungen psychodynamisch wirksam werden. SCHWIDDER (21) hat betont, daß bei Kindern mit Verhaltensstörungen, die aus einer "anständigen, geordneten Familie" stammen, in der "die Elternehe weder geschieden noch zerrüttet, das Einkommen ausreichend, der Fußboden sauber, das Kind nicht unehelich" ist, eher die Diagnose einer endogenen Erkrankung gestellt wird. SCHWIDDER (21) fährt fort, daß nicht berücksichtigt wird, daß es "Familienneurosen und neurotische Familien gibt, die erst bei der genauen Untersuchung des Gefühlsklimas der Haltungen, Wert-schätzungen und der vielen kleinen scheinbar belanglosen Einzelheiten des alltäglichen Lebens erkennbar werden".

Auch die Auswirkungen, die Geschwisterkonstellation, Geschwisterschaftsgröße, Geschlecht der Geschwister und andere Faktoren haben, sind vielfältig. DECHÈNE (2) ist bei der Untersuchung von Kindern, die eine psychosomatische Beratungsstelle aufsuchten, zu dem Ergebnis gekommen, daß Jüngste seltener Störungen zeigen, je größer die Geschwister-

schaftsgröße ist. Außerdem hat er festgestellt, daß Mittelkinder zur Desorientierung neigen, weil sie "dazwischen" stünden. Begünstigend soll bei dieser Entwicklung der Umstand wirken, daß sie auch einmal Jüngste waren, bei der "Entthronung" aber nicht wie der Älteste in eine neue Rolle schlüpfen können.

MASLOW und MITTELMANN (zit. nach PFLANZ 18) haben betont, daß die Stellung des Einzelkindes die Entstehung neurotischer Störungen begünstigt, weil es entweder schlechter erzogen oder in dominierender Weise verwöhnt wird. Es ist den Erziehungsmaßnahmen allein "ausgeliefert".

Dagegen hat DECHÈNE deutlich hervorgehoben, was wir auch an unseren Beispielen zeigen konnten:

Diese Faktoren sind bei der Entstehung von psychischen Störungen immer nur von sekundärer Bedeutung. Durch die Beziehung zu den Geschwistern kann ein primär gestörtes Eltern-Kind-Verhältnis verschlechtert oder auch gemildert werden. Ob eine positive oder negative Beeinflussung der primären Konfliktsituation eintritt, wird nicht zuletzt durch die oben erwähnten Faktoren bestimmt.

Über Lern- und Arbeitsstörungen bei Studenten ist schon häufig berichtet worden. Nach ZIOLKO (28a) sind diese Störungen mit ca. 85 % das häufigste neurotische Symptom bei Studenten. GEBAUER (8) gibt bei klinisch untersuchten neurotischen Studenten ebenfalls einen hohen Prozentsatz an Arbeitsstörungen an: 81 % bei weiblichen und 72 % bei männlichen Studenten. Nach unseren Untersuchungen ist es bei Nichtstudenten entsprechenden Alters mit 76,4 % ebenfalls das häufigste neurotische Symptom.

Bei Studenten handelt es sich in der Regel um Arbeitsstörungen im intellektuellen Bereich oder um Lernstörungen; der von ZIOLKO (28b) erwähnte Klavierspielkrampf und die Lippenlähmung des Musikstudenten sind Ausnahmen. Bei lerngestörten Studenten konnte man eher beobachten, daß sie bei Mißerfolgs-

erlebnissen beim Lernen gern auf handwerkliche Tätigkeiten im Haushalt oder am Auto ausweichen, weil ein Erfolg dieser Arbeit viel schneller sichtbar wurde (11).

Lernstörungen werden von HEIGL (11) als Hemmung eines "elementaren kindlichen Bedürfnisses" zum Lernen verstanden, die durch ständige Frustrationen zur Gehemmtheit werden kann. Die Gehemmtheit führt zur Verdrängung des Bedürfnisses, was zugleich den Verlust des Erfolgserlebnisses bedeutet und zur passiven Erwartungshaltung führt. Wird die passive Erwartungshaltung aufgegeben - d.h. beim Versuch aktiv zu werden - entstehen Angst, Müdigkeit und anderes mehr. Befürchtet wird nämlich die erneute Frustration durch die Umwelt und durch die eigene Erkenntnis, daß die Ergebnisse des Handelns den illusionären Erwartungen nicht entsprechen. Riesenansprüche, Bequemlichkeit und Gehemmtheit bilden auch nach SCHULTZ-HENCKE (20) den Kern des gehemmten Menschen.

Die Stärke der Verdrängung entspricht nach HEIGL (11) dem Ausmaß der passiven Erwartungshaltung. Ist sie groß, wird sie eher, d.h. schon bei geringen Anforderungen als manifeste Lernstörung sichtbar werden.

Diese Allmachtsphantasien bzw. die narzistische Selbstüberschätzung sind auch von ZIOLKO (28a,b), GEBAUER (8), LÜDERS (15) und anderen beschrieben worden. Sie finden sich aber dort ebenso wie bei unseren Patienten nie ohne eine aggressive Komponente, die sich auch als Autoaggression oder Masochismus äußern kann. Z.B. darf der so sehr gewünschte Erfolg nicht eintreten. Die Hemmung der Aktivität ist in den Dienst der Selbstbestrafung getreten (7b,c und 28b). Gleichzeitig wird aber auch die Umwelt, die die Leistungen erwartet, enttäuscht und bestraft und damit finden auch die aggressiven Wünsche ihre Erfüllung.

Aber da die Leistungen nach LÜDERS (15) "der Aggressivität liebste Kinder sind" braucht derjenige, der Taten vollbringen will, auch theoretische, genügend Aggressivität, um "die

drei Siege" über das Problem, die Ungeduld und den Rivalen erringen zu können. Zwar bezieht sich LÜDERS (15) bei dieser Metapher mehr auf theoretische Arbeiten als auf Lernvorgänge, es wird aber hieran besonders deutlich, daß zu große und deswegen verdrängte Aggressionen zur Hemmung der Aktivität und über die Projektion der aggressiven Wünsche zur Ängstlichkeit führt.

Wenn LÜDERS seine Ausführungen auch allein auf die höchste der Ichleistungen bezogen hat, so findet sich das Problem der Aggression doch auch bei Lernenden und wie in unserer Arbeit festgestellt wurde, bei Berufstätigen. Die Patienten berichten z.B., sie "müßten sich mit Gewalt in die Arbeit stürzen" oder sie reden vom "Hineinfressen des Lernstoffes" (28b). Autoritätspersonen (Lehrherrn) werden von einigen Patienten grundsätzlich als feindlich erlebt und die Lehrstellen deswegen häufig gewechselt. Oft sind Kontaktstörungen Ausdruck der Ängstlichkeit gegenüber der "feindlichen" Umwelt. Die Kollegen werden hier als "Rivalen" erlebt und man wechselt die Arbeitsstelle, weil es ständig Streit mit ihnen gibt. Die Protesthaltung macht deutlich, wie die aggressiven Tendenzen nicht nur gegen die Umwelt gerichtet sind, sondern auch auf die eigene Person zurückwirken. Die Prüfungen können z.B. nicht abgelegt werden, weil es die Eltern erwarten; durch das Versagen werden sie enttäuscht und bestraft. Da aber die eigenen Erfolgsphantasien derselben Enttäuschung unterliegen, ist der Mißerfolg die Bestrafung des Ich durch das Überich.

Auch die weiblichen Patienten, die sich durch Beruf und Familie "völlig fertig" gemacht haben, genesen ja nicht, wenn sie sich aus dem leistungsbetonten Berufsleben zurückgezogen haben. Häufig fehlt ihnen dann sogar ein "out let" für ihre Aggressionen, was an der Dekompensation sichtbar wird.

Es sind aber nicht nur die Konflikte mit den aggressiven, sondern auch mit den libidinösen Triebimpulsen, die die Lern-

und Arbeitsfähigkeit beeinflussen. In der Regel sind beide Konflikte vorhanden, auch wenn einer von ihnen deutlicher hervortritt. Die Protesthaltung gegenüber Autoritätspersonen ist z.B. eine Aktualisierung des ödipalen Konfliktes, wodurch die aggressiven Impulse mobilisiert werden.

Die Konflikte mit libidinösen Triebimpulsen werden durch die mit allen Lern- und Arbeitsstörungen einhergehende gestörte Sexualität deutlich. Auch die Untersuchungen neurotischer Studenten (28b) haben die Verknüpfung von Arbeitsstörungen und gestörter Sexualität erneut zeigen können, die schon von FREUD (7b) beschrieben wurde. Diese gestörte Sexualität ist ebenfalls Ausdruck der libidinösen Triebkonflikte. So wie die normale Sexualität des Gesunden für einen geordneten Libidohaushalt sorgt, ebenso führt die gestörte Sexualität zur Stauung der Libido und ist damit die Energiequelle der Neurose, die die verschiedenen Symptombildungen ermöglicht.

V. ZUSAMMENFASSUNG

Wir wollen noch einmal zusammenfassen, zu welchen Ergebnissen wir in unserer Untersuchung gekommen sind und welche Folgerungen diese Ergebnisse zulassen.

Unsere Untersuchung umfaßt zwei Jahrgänge klinisch behandelte neurotischer Patienten im Alter von 19 bis 29 Jahren, die zur Zeit des Klinikaufenthaltes keine Studenten waren. Insgesamt waren es 144 Patienten.

Es wurden Art und Häufigkeit neurotischer Störungen, insbesondere neurotischer Lern- und Arbeitsstörungen, dieser Gruppe untersucht und Differenzen oder Gemeinsamkeiten zu studentischen Neurosen aufgezeigt.

Als erstes haben wir uns mit den sozialen Daten (Kap. III, 1.) der Patienten befaßt. Bei unserer Untersuchung überwiegen deutlich die weiblichen Patienten. Sie machen etwa ein Drittel aller Patienten aus (Kap. III, 11.).

GEBAUER (8) fand in einer entsprechenden Studentengruppe ebenfalls ein Überwiegen weiblicher Patienten (Kap. IV). Nach CHRISTIAN (zit. nach PFLANZ, 18) ist die Doppelbelastung der Frau durch Beruf und Familie einen wesentlichen Grund für die erhöhte Erkrankungsbereitschaft; wir können jedoch in unserer Untersuchung die Aussage von CHRISTIAN nicht bestätigen. Der Anteil der verheirateten weiblichen Patienten ist im Verhältnis zur Berliner Bevölkerung etwas geringer und der Anteil der verheirateten berufstätigen weiblichen Patienten ist nicht eindeutig höher als der der Hausfrauen. Außerdem ist auch der Anteil der ledigen weiblichen Patienten nicht geringer, sondern entspricht dem Berliner Bevölkerungsquerschnitt. Wir konnten damit keine Häufung von Patienten feststellen, die durch Beruf und Haushalt doppelt belastet sind.

Unseren Ergebnissen zufolge scheinen eher die vielfältigen Möglichkeiten zur Aktivität, die die heutige Gesellschaft

den Frauen gibt, Konflikte zu aktivieren, da Aktivität mit dem auch heute noch bestehenden Weiblichkeitsideal schlecht zu vereinbaren ist (Kap. IV).

Als nächstes wurde untersucht, ob sich Patienten und die gleichaltrige Berliner Bevölkerung hinsichtlich des Familienstandes unterscheiden.

Männliche ledige und geschiedene Patienten (Kap. III, 12.) sind in unserer Untersuchung gegenüber der Berliner Bevölkerung deutlich überrepräsentiert, wobei besonders deutlich wurde, daß bei diesen Patienten eine neurotische Symptomatik bisher eine echte Partnerbindung unmöglich gemacht hat. Zwei Drittel aller Patienten hatten ihre Beschwerden bereits vor der Eheschließung. Sowohl bei den geschiedenen, als aber auch bei den verheirateten Patienten konnte eine "protektive Wirkung der Ehe" (18) nicht wirksam werden, weil eine echte Partnerbeziehung nicht bestand. Bei den Patienten, die vor dem 20. Lebensjahr geheiratet haben, wurde deutlich, daß sie sich von der Ehe eine Lösung ihrer Konflikte erhofften, doch auch bei ihnen verstärkten sich die Konflikte, weil ihre gestörte Persönlichkeit nur zu einer neurotischen Bindung an den Ehepartner fähig war.

Bei der Analyse der familiären Situation unserer Patienten (Kap. III, 13.) haben wir feststellen können, daß Patienten aus den oberen sozialen Schichten im Verhältnis zur Berliner Bevölkerung überwiegen, was jedoch daran liegen könnte, daß unsere Untersuchung in einer psychiatrischen Klinik durchgeführt wurde und Patienten mit psychoneurotischen Symptomen überwiegen. Wenn man berücksichtigt, daß Angehörige der unteren sozialen Schichten eher zu organ-neurotischen Störungen neigen (HOLINGSHEAD und REDLICH, zit. nach PFLANZ, 18) und auch weniger Vertrauen zu einem Psychiater haben (SCHAFFER und MEYERS, zit. nach PFLANZ, 18), so könnte die dadurch verursachte Auswahl der Patienten zur Überrepräsentierung der Angehörigen der oberen Schichten in unsere Untersuchung beigetragen haben.

Viel diskutiert ist der Zusammenhang zwischen dem "broken home" (Kap. III, 14.) und der Neurosenentstehung. Wir haben feststellen können, daß es nicht unbedingt so grobe Kriterien, wie das "broken home" sein müssen, die zur Entstehung der neurotischen Erkrankung führen. Etwa die Hälfte unserer Patienten ist in kompletten, ungestörten Familien aufgewachsen und dennoch erkrankt. Nur bei etwa einem Drittel der Patienten ist der schädigende Einfluß der Umwelt auf die kindliche Entwicklung deutlich sichtbar und verständlich. Bei den übrigen Patienten aber waren es die weniger sichtbaren intrafamiliären Konflikte, die psychodynamisch wirksam wurden und zur Erkrankung führten.

Bei der Betrachtung der Stellung der Patienten in der Geschwisterreihe (Kap. III, 15.) und der Geschwisterzahl, haben wir bei unserer Untersuchung festgestellt, daß die Jüngsten den größten Anteil unserer Patienten ausmachen; unter ihnen überwiegen wiederum diejenigen, die zugleich Zweitgeborene sind. Obwohl eine Überrepräsentierung dieser Geschwisterkonstellation bei unserer Untersuchung deutlich wurde, mußten wir feststellen, daß Geschwisterkonflikte im Familiengeschehen nicht dominieren. Aber wir konnten an Beispielen zeigen, daß ein primär gestörtes Eltern-Kind-Verhältnis durch die Beziehung zu den Geschwistern verschlechtert oder auch verbessert werden kann, wobei Faktoren wie Geschwisterzahl, Stellung in der Geschwisterreihe nicht unwesentlich mitbestimmen, ob die primäre Konfliktsituation positiv oder negativ beeinflußt wird.

Bei der Untersuchung der Schul- und Lehrausbildung (Kap. III, 2.) unserer Patienten sollte u.a. festgestellt werden, wie viele Patienten Schule oder Lehre vor einem planmäßigen Abschluß abgebrochen haben. Etwa ein Fünftel aller Patienten hat keine abgeschlossene Schulausbildung, knapp ein Drittel aller Patienten hat die Lehrausbildung abgebrochen. Bei einem Vergleich der Berufsgruppen der erwerbstätigen Patienten mit denen der erwerbstätigen Westberliner Be-

völkerung stellte sich heraus, daß der Anteil der Angestellten, sowohl im Verhältnis zu den übrigen erwerbstätigen Patienten als auch zu der erwerbstätigen Bevölkerung deutlich überwog. Deshalb haben wir die Angestellten gesondert untersucht. Es stellte sich die Frage, ob unter den Angestellten eine Häufung von "Aufstiegsstrebigen", d.h. von Patienten, die sich aus einem niedrigen sozialen Milieu emporgearbeitet haben, zu verzeichnen ist. Wir mußten jedoch feststellen, daß sich hinsichtlich der sozialen Herkunft der Angestellten kein deutlicher Unterschied zu den Patienten insgesamt und damit auch keine Häufung von "Aufstiegsstrebigen" bei den Angestellten unter unseren Patienten ergab.

Wie FREUD (7a) als erster feststellte, erwiesen sich die Neurosen der Erwachsenen in der Analyse regelmäßig als die Fortsetzung einer kindlichen neurotischen Erkrankung (Kap. III, 3.). Wir konnten dafür bei unserer Untersuchung, bedingt durch die Technik der Befragung, nur grobe Anhaltspunkte gewinnen. Trotzdem gibt etwa die Hälfte aller Patienten Störungen im Kindesalter an.

In den folgenden Abschnitten (Kap. III, 4.) haben wir uns mit der Symptomatik unserer Patienten befaßt. Häufigstes Symptom waren die Lern- und Arbeitsstörungen. Im Gegensatz zu Studenten, bei denen diese Störungen vornehmlich im intellektuellen Bereich auftreten, konnten wir bei unseren Patienten beobachten, daß die Störungen die verschiedensten Arbeitsbereiche betreffen. Patienten brachen z.B. die Schulbildung wegen der Lernschwierigkeiten ab, fanden sich auch anfangs in einem handwerklichen Beruf gut zurecht, aber dann setzten die Störungen erneut ein und waren auf die neue Tätigkeit bezogen. In der neuen Tätigkeit führten sie zur Arbeitsunfähigkeit oder zum Stellenwechsel oder - bei weiblichen Patienten - häufig zur Aufgabe der Berufstätigkeit. Die Art der Lern- und Arbeitsstörungen bezog sich nicht auf eine bestimmte Arbeitsstelle oder eine bestimmte Tätigkeit, sondern jeweils auf die vorhandene Arbeits-

situation. Der Abbruch der Ausbildung, Stellenwechsel oder bei weiblichen Patienten die Aufgabe des Berufs führten nicht zur erhofften Lösung der Konflikte.

Wir haben zwischen primären und sekundären Lern- und Arbeitsstörungen unterschieden und haben zu den primären diejenigen Störungen gerechnet, die direkt die Arbeitseffektivität betreffen. Als Beispiele seien hier Konzentrationsstörungen, Schreibkrampf, Unlust zum Lernen und Zwänge angeführt. Als sekundäre Arbeitsstörungen haben wir diejenigen bezeichnet, die Folge einer andersartigen neurotischen Symptomatik waren: Über die Herabsetzung des Allgemeinbefindens kann die Leistungsfähigkeit der Patienten eingeschränkt werden. Beide Arten von Lern- und Arbeitsstörungen traten sowohl bei Schülern und Lehrlingen als auch bei Berufstätigen und Hausfrauen auf.

Lern- und Arbeitsstörungen führten bei etwa einem Fünftel der Patienten zum Abbruch der Schulausbildung und bei knapp einem Drittel aller Patienten zum Abbruch der Lehre. Später führte die Störung bei vielen Patienten zum häufigen Wechsel der Arbeitsstellen oder zur Arbeitsunfähigkeit. Etwas weniger als ein Drittel aller Patienten war vor dem Kliniksaufenthalt mindestens einmal arbeitsunfähig.

Die Prüfungsangst spielt bei unseren Patienten mit 1,4 % für die klinische Aufnahme im Verhältnis zu den Studenten mit ca. 20 % (17) eine relativ geringe Rolle (dabei wurde auch berücksichtigt, ob Patienten früher wegen dieser Symptomatik bereits stationär behandelt wurden). Lehrlingen bleibt der Abbruch der Lehre eher als "Ausweg" aus ihrer Prüfungsangst, weil sich ihre soziale und finanzielle Position in der Gesellschaft mit Examen nicht so krass von der ohne Examen, wie es bei den Studenten der Fall ist, unterscheidet. Daß dieser "Ausweg" nur zeitlich begrenzt Entlastung für die Patienten bringen kann, wird dadurch deutlich, daß sie auch ohne vergleichbar belastende Situation, wie ein Examen es

sein kann, erkranken.

Bei allen Patienten gingen die Lern- und Arbeitsstörungen mit Störungen der Sexualität einher, die sich in vielfältiger Weise äußerten. ZIOLKO (28a) und GEBAUER (8) waren bei der Untersuchung neurotischer Studenten zu demselben Ergebnis gekommen. Infantile Bindungen lassen eine echte Partnerbeziehung auch in sexueller Sicht nicht zu.

Depressionen (Kap. III, 5.) sind nach den Lern- und Arbeitsstörungen häufigstes Symptom. Es folgen Symptome des Oral-gastro-enteral-Bereiches, Schlafstörungen, Störungen im Genitalbereich usw. Nach den Lern- und Arbeitsstörungen und Depressionen stehen Störungen im Vordergrund, die wir als "organ-neurotische" bezeichnet haben. Sie stehen immer in engem Zusammenhang mit "psychoneurotischen" Symptomen. Psychoneurotische Symptome sind weniger vielfältig, der Leidensdruck bei diesen Störungen ist aber erheblich stärker; sie werden häufiger als Hauptsymptome angegeben und führen dann schneller zur stationären Aufnahme der Patienten.

Von unseren Patienten haben 34,8 % Suicidversuche verübt (Kap. III, 6.). Bei neurotischen Studenten verübten nach SCHWARZ und ZIOLKO (22) etwa 14 % Suicidversuche. Auch LUNGERSHAUSEN (16) fand bei der Untersuchung der Gesamtbevölkerung in Nordrhein-Westfalen heraus, daß die Suicidversuchsziffer der Studenten etwa die Hälfte unter der der übrigen 18-30jährigen liegen. Am häufigsten führten Konflikte in den Partnerbeziehungen zu Suicidversuchen, sehr selten waren finanzielle Schwierigkeiten der Anlaß.

Wir haben verdeutlichen können (Kap. IV), daß soziale Faktoren wie Geschlecht, Beruf u.a. mehr zwar die neurotische Erkrankung beeinflussen können, sie aber nicht verursachen. Vielmehr liegen diesen Störungen sowohl aggressive als auch libidinöse Triebkonflikte zugrunde; innerfamiliäre und berufliche Schwierigkeiten sind nur die Folge davon.

Das gilt auch besonders für die neurotischen Lern- und Arbeitsstörungen, die häufigstes Symptom bei den Patienten unserer Untersuchung sind. Die Art der Symptome führt zu einer Konfrontation mit der Gesellschaft; daraus darf aber nicht der Schluß gezogen werden, daß die Erwartungen der Gesellschaft allein diese Störungen verursachen, auch wenn Lern- und Arbeitsstörungen in einer leistungsmotivierten Gesellschaft deutlicher hervortreten und wenn Menschen, die JANIS (12) als die "Negativ-reagierenden" beschrieben hat, aus Protest zur Leistungsunfähigkeit getrieben werden. Diese Protesthaltung ist ja Ausdruck ungelöster intrapsychischer, in diesem Falle ödipaler, Konflikte, die sich auf alle Lebensbereiche auswirken.

Ebenso wird bei den Symptomen der Zwangsneurotiker, die zu Lern- und Arbeitsstörungen führen, sichtbar, daß sie nicht eine Reaktion auf die Gesellschaft sind, sondern im Dienste der Abwehr zumeist aggressiver Impulse stehen.

VI. LITERATURVERZEICHNIS

1. BURLINGHAM, D. und S. DANN: Gemeinschaftsleben im frühen Kindesalter. Jahrbuch d. Psychoanalyse, Band II, Westdeutscher Verlag, Köln und Opladen (1961/62)
2. DECHÈNE, H.CH.: Geschwisterkonstellationen und psychische Fehlentwicklung. Barth, München (1967)
3. DEUTSCH, H.: Psychologie der Frau. Hans Huber, Bern und Stuttgart, 2. Band (1954)
4. DÜHRSEN, A.:
 - a) Heimkinder und Pflegekinder in ihrer Entwicklung. Verlag f. Med. Psychologie, Göttingen (1964)
 - b) Psychoanalytische Erfahrungen mit Studenten. Thieme, Stuttgart, S.233 (1969)
5. FLECK, L.: Die Beurteilung der orgasmischen Kapazität der Frau und ihrer Störungen aus psychoanalytischer Sicht. Psyche 23, S.59 (1969)
6. FREUD, A.: Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Gemeinschaftsverlag H. Huber, Bern und E. Klett, Stuttgart (1968)
7. FREUD, S.:
 - a) Gesichtspunkte der Entwicklung und Regression. Ätiologie XI.
 - b) Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit II: Die am Erfolg scheitern (1915), X.
 - c) Hemmung, Symptom und Angst, XIV.
 - d) Über die weibliche Sexualität, XIV.
8. GEBAUER, M.: Erfahrungen mit klinisch untersuchten neurotischen Studenten, in: ZIOLKO, H.U., Thieme, Stuttgart (1969), Psychische Störungen bei Studenten

9. HÄFTER, C. Selbstmord in kulturellem Zusammenhang. Aus: Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. S. Karger, Basel (1966)
10. HARNACK, G.A.,v.: Wesen und soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen. S. Karger, Basel (1953)
11. HEIGL, F.: Zur Psychodynamik der Lernstörungen. Psychosom.Med.15, S.239 (1969)
12. JANIS, I.L.: Zit. nach MALETZKE, G. - Psychologie der Massenkommunikation. Hans-Bredow-Institut Hamburg 1963
13. KÖNIG, R.: Probleme der Medizinsoziologie. Zeitschr.Probleme der Medizinsoziologie. 2.Sozilog.Sonderheft, Westdeutscher Verlag, Köln und Opladen (1958)
14. LINDEN, K.-J.: Der Suicidversuch. Enke, Stuttgart (1969)
15. LÜDERS, W.: Psychische Störungen bei Studenten. Herausgeber ZIOLKO, H.-U., Thieme, Stuttgart (1969)
16. LUNGERSHAUSEN, E.: Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Studenten. Hüthig, Heidelberg (1968)
17. MOELLER, M.L.: Zur Psychodynamik der neurotischen Prüfungsangst. Psychische Störungen bei Studenten. Herausgeber ZIOLKO, H.-U., Thieme, Stuttgart (1969)
18. PFLANZ, M.: Sozialer Wandel und Krankheit. Enke, Stuttgart (1962)
19. REICH, W.: Charakteranalyse. Kiepenheuer und Witsch (1970)
20. SCHULTZ-HENCKE, H.: Der gehemmte Mensch. Thieme, Stuttgart (1965)
21. SCHWIDDER, w.: Bedeutung der frühen Kindheit für die Persönlichkeitsentwicklung. Verlag f.Med.Psychologie, Göttingen (1962)

22. SCHWARZ und ZIOLKO: Student und Suicidalität. Psychische Störungen bei Studenten. Herausgeber ZIOLKO, H.-U., Thieme, Stuttgart (1969)
23. Statistisches Jahrbuch 1970, West Berlin.
24. STENGEL, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch. S. Fischer, Frankfurt (1969)
25. STÜBER, G.: Ein Beitrag zu dem Thema Aufstiegsneurosen. Psychosomat.Med.Heft 15 (1969)
26. TRAMER, M.: Zur Frage des Selbstmordversuches und des Lebensüberdrußes im Kindesalter. Kinderpsychiat.16, S.109 (1949)
27. WAAGE, G.: Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. S. Karger, Basel (1966)
28. ZIOLKO, H.-U.:
 - a) Neurotische Lern- und Arbeitsstörungen bei Studenten. Psychotherapie und Med.Psychologie 17 (1967)
 - b) Psychodynamische Aspekte. Psychische Störungen bei Studenten. Herausgeber ZIOLKO, H.-U., Thieme (1969)
 - c) Psychische Auffälligkeiten bei Studienanfängern. siehe b)
 - d) Erschöpfungsneurose. Med.Welt 22, S.1400 (1953)
29. ZUMPE, L.: Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. S. Karger, Basel (1966)

Abb. 1: Geschlechtsverteilung bei Patienten und bei der gleichaltrigen West-Berliner Bevölkerung

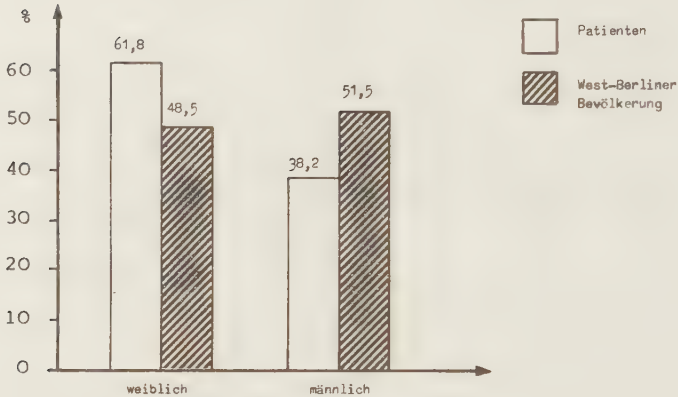


Abb. 2: Familienstand der weiblichen Patienten und der gleichaltrigen weiblichen Bevölkerung West-Berlins

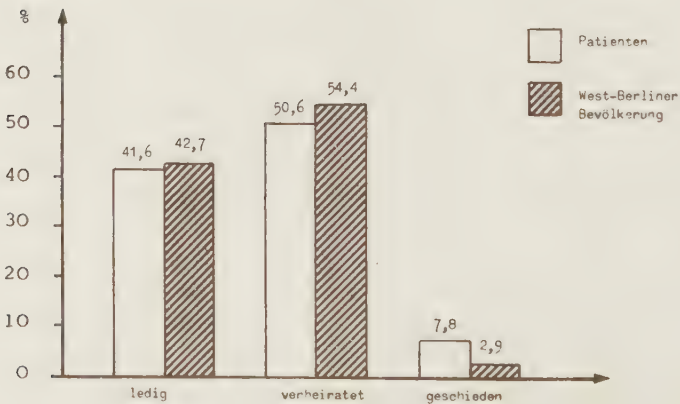


Abb. 3: Familienstand der männlichen Patienten und der gleichaltrigen männlichen Bevölkerung West-Berlins

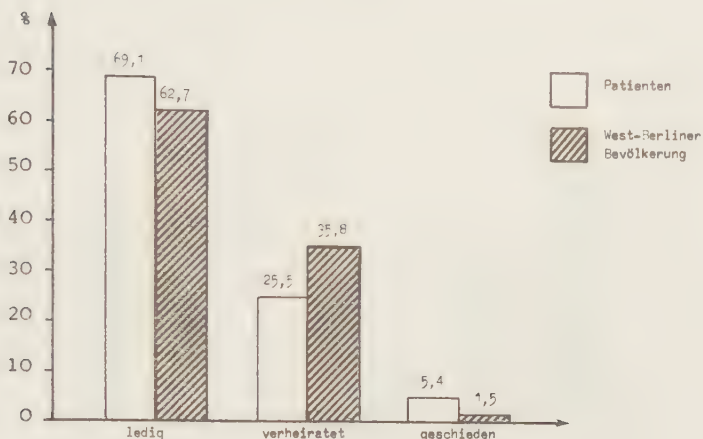


Abb. 4: Berufe der Väter der Patienten und Berufsverteilung der erwerbstätigen West-Berliner Bevölkerung und Akademikeranteil

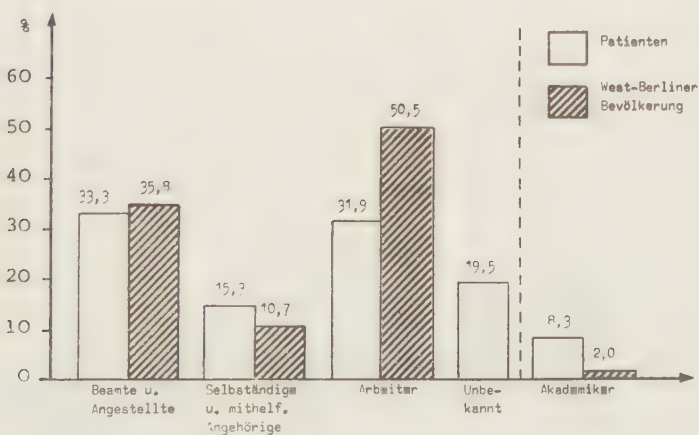


Abb. 5: Soziale Herkunft der Patienten aus kompletten, inkompletten Familien und Heimen

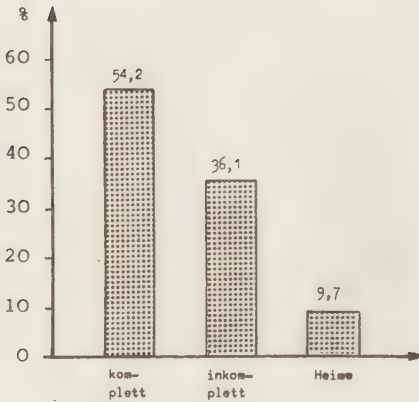


Abb. 6: Verteilung der Patienten bezüglich der Geschwisterkonstellation

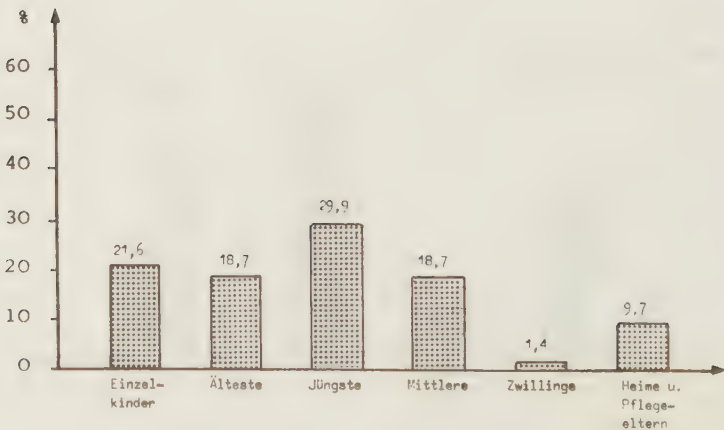


Abb. 7: Tätigkeit der Patienten vor der stationären Aufnahme

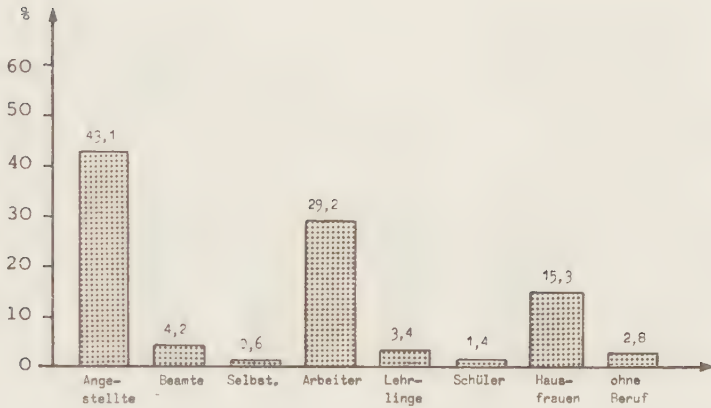


Abb. 8: Schulausbildung unserer Patienten

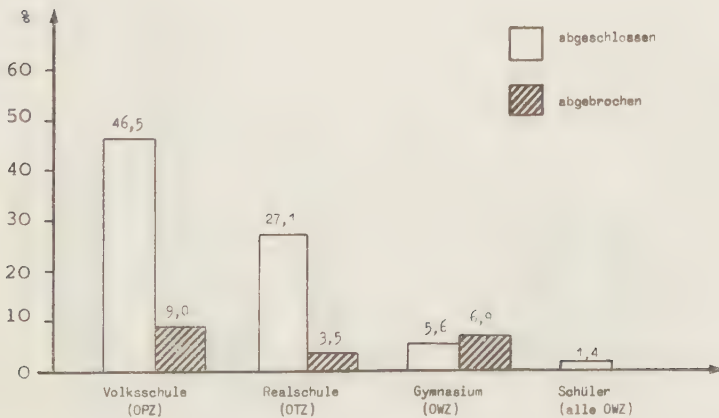


Abb. 9: Berufsausbildung unserer Patienten

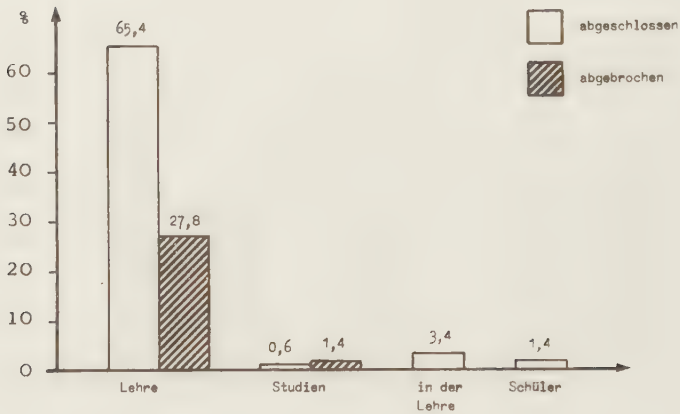


Abb. 10: Berufszugehörigkeit der erwerbstätigen Patienten und der erwerbstätigen West-Berliner Bevölkerung

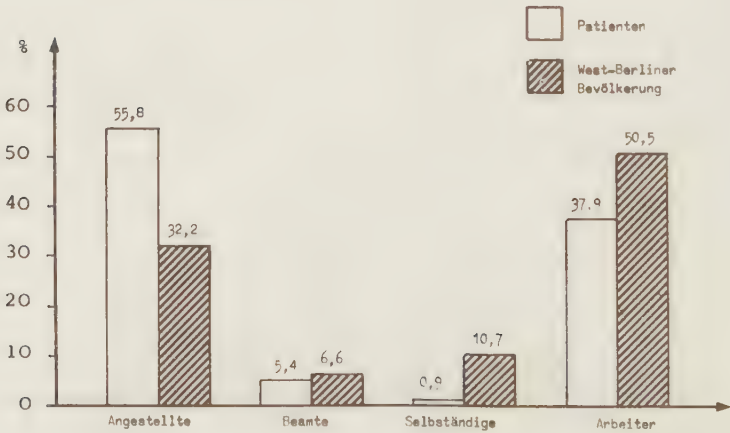


Abb. 11: Soziale Herkunft der im Angestelltenverhältnis stehenden Patienten im Vergleich zu den Patienten insgesamt (Berufe der Väter)

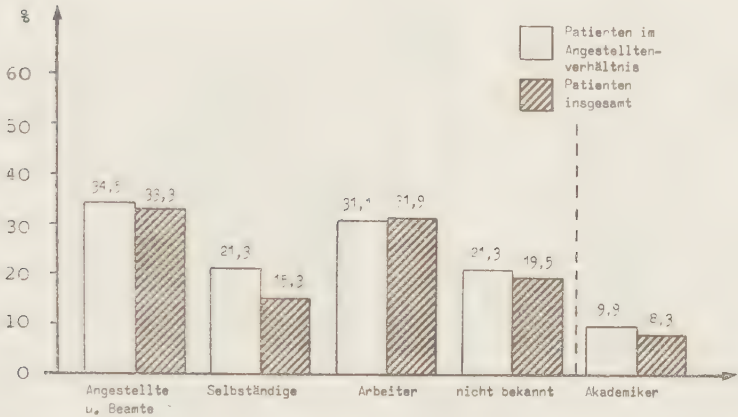


Abb. 12: Familienstruktur der Angestellten unter den Patienten und der Patienten insgesamt

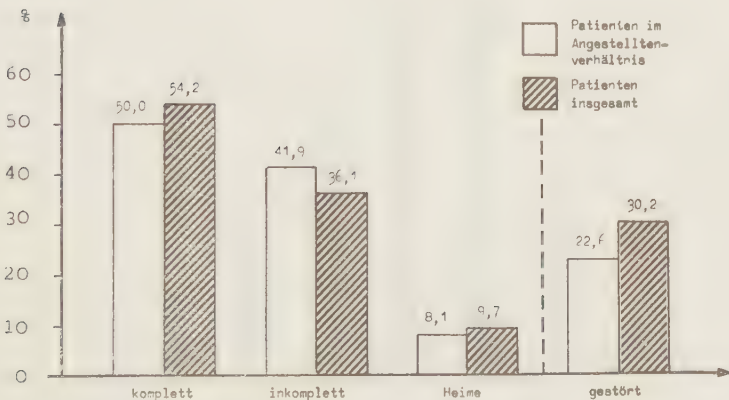


Abb. 13: Symptomatik aller Patienten

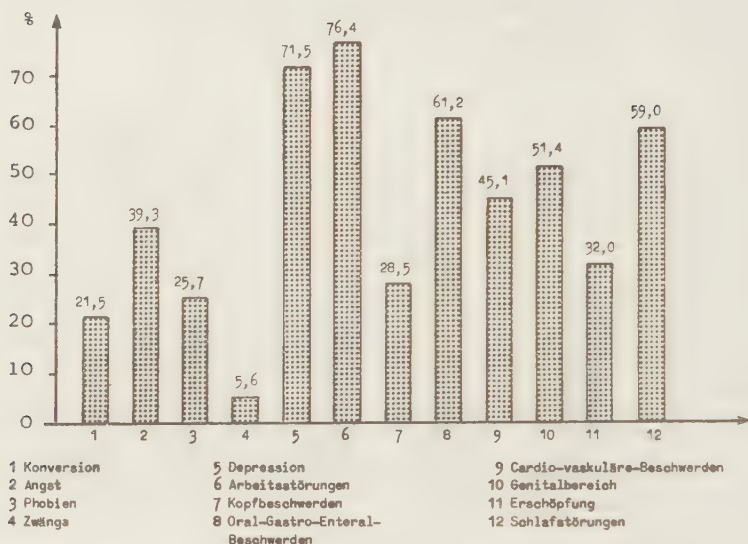


Abb. 14: Symptomatik bei männlichen und weiblichen Patienten

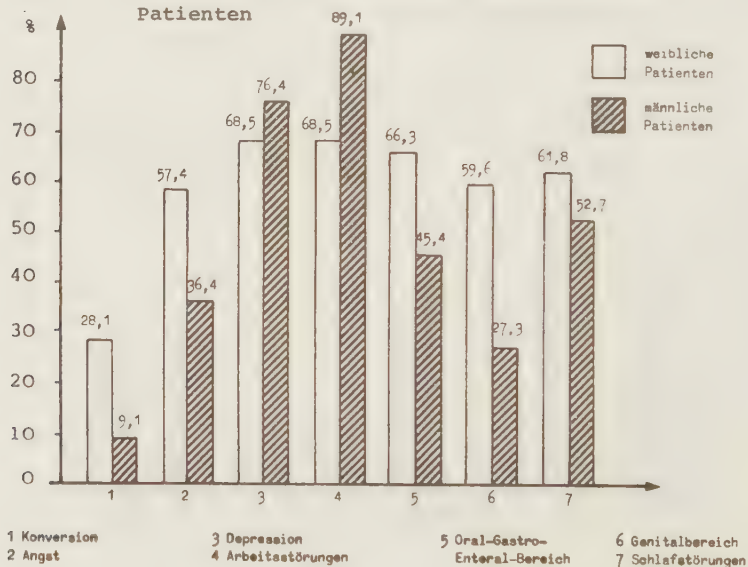
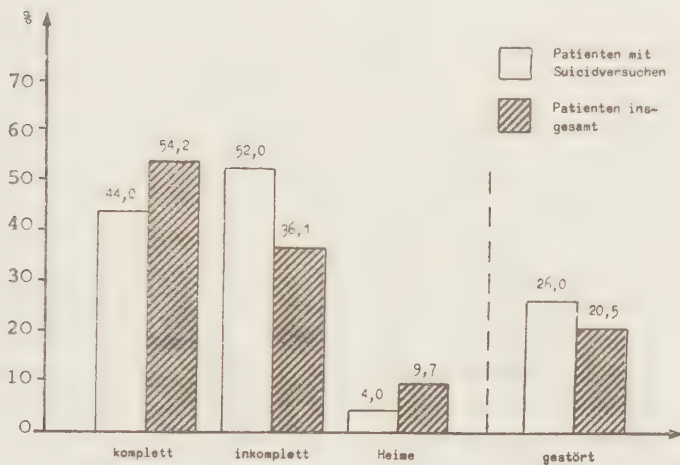


Abb. 15: Familienstruktur der Patienten mit Suicidversuchen und der Patienten insgesamt



Im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit
danke ich Herrn Professor Dr. ZIOLKO,
meinem Doktorvater.

L E B E N S L A U F

Am 11. Dez. 1943 wurde ich als Tochter des kaufmännischen Angestellten Günter Kiesel und seiner Ehefrau Charlotte, geborene Gerlach, in Mehlsack/Ostpreußen, wohin meine Mutter mit meinem Bruder evakuiert worden war, geboren. Im Frühjahr 1944 kehrten wir nach Berlin zurück. 1949 zogen wir nach Velten bei Berlin, wo mein Vater Lehrer wurde. Im September 1949 wurde ich dort in der II. Grundschule eingeschult. 1957 kam ich auf die Puschkin-Oberschule in Hennigsdorf. Im August 1958 flohen wir nach West-Berlin. Dort besuchte ich die Johannes-Kepler-Schule und bestand dort im Herbst 1962 das Abitur. Danach ging ich ein Jahr nach London. Im Wintersemester 1963/64 begann ich an der Freien Universität das Medizinstudium. Im Sommer 1965 bestand ich dort das Physikum und im August 1969 legte ich dort das Staatsexamen ab. Im September 1969 heiratete ich Wolfgang Burkhardt. Ab November 1969 arbeitete ich in Bonn an den Universitäts-Kliniken als Medizinalassistentin. Für einen Monat, im März 1970, arbeitete ich in der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin. Im Dezember 1970 erhielt ich die Approbation als Ärztin. Ab Januar 1971 arbeite ich als Assistentin an der Nervenklunik der Universität Bonn.

